

SUIZIDALITÄT BEI SCHIZOPHRENIE

*Diss. Erlangen 1983*

von

BERNHARD WIEDENHOFER

aus

ESCHENBACH

1983 № 201







Aus dem Nervenkrankenhaus  
des Regierungsbezirks Oberfranken in Bayreuth  
Direktor: Professor Dr. F. BÖCKER

---

# SUIZIDALITÄT BEI SCHIZOPHRENIE

INAUGURAL – DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde  
der Medizinischen Fakultät  
der Friedrich - Alexander - Universität  
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt

von

BERNHARD WIEDENHOFER

aus

ESCHENBACH

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen Fakultät  
der Universität Erlangen-Nürnberg

---

Dekan: Prof. Dr. V. Becker  
Referent: Prof. Dr. F. Böcker  
Korreferent: Prof. Dr. E. Lungershausen  
Tag der mündlichen Prüfung: 02.05.1983

"We believe that it is people, not tactics, that keep other people alive."

D.K.Reynolds, N.L.Farberow



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41546202\\_0014](https://archive.org/details/IA41546202_0014)

## INHALTSANGABE

|        |                                                |    |
|--------|------------------------------------------------|----|
|        | <u>Vorwort</u> . . . . .                       | 1  |
| 1.     | <u>Einleitung</u> . . . . .                    | 2  |
| 1.1.   | Allgemeine Vorbemerkungen . . . . .            | 2  |
| 1.2.   | Konkrete Fragestellung . . . . .               | 3  |
| 2.     | <u>Literaturübersicht</u> . . . . .            | 4  |
| 2.1.   | Chronologische Literaturübersicht . . . . .    | 4  |
| 2.2.   | Kurze Zusammenfassung . . . . .                | 9  |
| 3.     | <u>Material und Methode</u> . . . . .          | 10 |
| 3.1.   | In der Literatur angewandte Methodik . . . . . | 10 |
| 3.2.   | Methodischer Ansatz . . . . .                  | 10 |
| 3.3.   | Das Sample . . . . .                           | 11 |
| 3.4.   | Durchführung . . . . .                         | 11 |
| 3.5.   | Auswertung . . . . .                           | 12 |
| 4.     | <u>Darstellung der Ergebnisse</u> . . . . .    | 14 |
| 4.1.   | Biographie . . . . .                           | 14 |
| 4.2.   | Prä morbide Persönlichkeit . . . . .           | 22 |
| 4.3.   | Morbide Persönlichkeit . . . . .               | 25 |
| 4.3.1. | Diagnostische Daten . . . . .                  | 25 |
| 4.3.2. | Gefühle und Reaktionsweisen . . . . .          | 31 |
| 4.3.3. | Therapie . . . . .                             | 38 |
| 4.3.4. | Einstellung zur Krankheit . . . . .            | 40 |
| 4.4.   | Soziale Auswirkungen der Krankheit . . . . .   | 44 |
| 4.5.   | Werthaltungen . . . . .                        | 49 |
| 4.6.   | Suizidalität . . . . .                         | 57 |



|        |                                                       |     |
|--------|-------------------------------------------------------|-----|
| 5.     | <u>Diskussion</u> . . . . .                           | 79  |
| 5.1.   | Erscheinungsform der Suizidalität bei Schizophrenie   | 79  |
| 5.1.1. | Allgemeines . . . . .                                 | 79  |
| 5.1.2. | Zeitpunkt des Suizids . . . . .                       | 79  |
| 5.1.3. | Mitteilung der Suizidtendenzen . . . . .              | 80  |
| 5.2.   | Diagnostische und biographische Hinweise . . . . .    | 81  |
| 5.2.1. | Depression . . . . .                                  | 81  |
| 5.2.2. | Manifestationsalter . . . . .                         | 82  |
| 5.2.3. | Formale Denkstörung . . . . .                         | 83  |
| 5.2.4. | Weitere Hinweise . . . . .                            | 83  |
| 5.3.   | Soziale Bedingungen der Suizidalität . . . . .        | 84  |
| 5.3.1. | Partnerschaft und Familie . . . . .                   | 84  |
| 5.3.2. | Außerfamiliäre Kontakte . . . . .                     | 85  |
| 5.3.3. | Beruf und Arbeit . . . . .                            | 86  |
| 5.3.4. | Theorie der Aggressionsumkehr . . . . .               | 86  |
| 5.4.   | Einstellung zur eigenen Krankheit . . . . .           | 87  |
| 5.5.   | Fragen zur Abschätzung der Suizidalität . . . . .     | 88  |
| 5.6.   | Patienten ohne Suizidtendenzen . . . . .              | 89  |
| 5.7.   | Suizidalität: Folge von Psychose oder Umwelt? . . . . | 90  |
| 6.     | <u>Zusammenfassung</u> . . . . .                      | 93  |
| 7.     | <u>Fragenkatalog</u> . . . . .                        | 96  |
| 8.     | <u>Literaturverzeichnis</u> . . . . .                 | 101 |

## Vorwort

Der Heilungsverlauf bei psychiatrischen Krankheitsbildern kann günstig beeinflußt werden durch das persönliche Engagement des Personals in Form einer zwanglosen Zuwendung und Interesse am Lebensweg des Patienten. Daß dieser Grundsatz in besonderem Maße bei der Suizidprävention berücksichtigt werden muß, haben D.K. REYNOLDS und N.L.FARBEROW mit ihrer Arbeit "Suicide: Inside and Out" unterstrichen.

Die Autoren sind der Ansicht, daß psychiatrische Einrichtungen, in denen das Selbstbild des Patienten untergraben wird, einen fruchtbaren Boden für das Aufkeimen von suizidalen Gedanken und Handlungen schaffen. Der Patient dürfe nicht den Eindruck gewinnen, es sei für jedermann gleichgültig, ob er lebe oder nicht.

Diese grundlegenden Voraussetzungen nennen wir hier an erster Stelle, damit sie nicht in Vergessenheit geraten, durch theoretische Zergliederung der Suizidtendenzen und statistische Ergebnisse.

Bei der Fertigstellung der Untersuchung erfuhr ich von verschiedenen Seiten wertvolle Hilfe. Mein besonderer Dank gilt Professor Dr. F. Böcker für die Überlassung des Themas und die kontinuierliche Betreuung bei der Arbeit. Durch die Unterstützung des Personals des Nervenkrankenhauses Bayreuth wurde die Durchführung der Explorationen erheblich erleichtert. Die Assistenten des Instituts für Medizinische Statistik der Universität Erlangen berieten mich bei der statistischen Planung und Auswertung. Schließlich danke ich vor allem F. Dohrmann vom Institut für Psychologie der FU Berlin für statistische Berechnungen, ständige Anregungen und für die Durchsicht der Arbeit.

## 1. Einleitung

### 1.1. Allgemeine Vorbemerkungen

Nachdem Suizid noch in der ersten Hälfte unseres Jahrhunderts ein Tabu ersten Ranges darstellte, mehren sich zur Zeit Publikationen, welche die suizidale Situation erhellen und verständlich machen. Immer deutlicher wird das Recht zur Selbsttötung betont. Suizid wird als Möglichkeit der Selbstverwirklichung beschrieben oder als positives mutiges Tun beurteilt, das sich über Schranken hinwegsetzt, um die subjektiv beste Lösung zu erreichen. Als bekanntestes Beispiel sei hier J.AMERY ( 5) erwähnt mit seinem Buch "Hand an sich legen".

Von solcher Warte aus erscheint Suizidverhütung dann leicht als Zwangsjacke, um den letzten, vielleicht einzigen freien Entschluß zu verhindern.

Wertende Bezeichnungen wie "Selbstmord" oder "Freitod" sind Ausdruck dieser ideologischen Polarisierung. Deshalb verwenden wir nur die neutralen Begriffe Suizid oder Selbsttötung.

Die vorliegende Arbeit über Suizid bei Schizophrenie soll keine Antwort darauf geben, ob und inwieweit Suizidprävention dirigistisch und eingreifend betrieben werden darf. Dies bleibt letztlich immer die Entscheidung des behandelnden Arztes bzw. Teams.

D.M.BANAN ( 6) schrieb über den Suizid bei psychotisch Erkrankten, daß es kein Erfolg der Psychiatrie sei, wenn man die Freiheit der Patienten zu stark einenge, nur um die Suizidziffern zu senken. Seiner Ansicht nach sollte sich die Umwelt dem Patienten gegenüber so verhalten, daß sie ihm den Suizid nicht nahelegt. Alle, auch Ärzte, müßten lernen, erkennen zu können, welche Patienten wann suizidgefährdet sind. Nur in diesen Fällen könne man dann neben vermehrter Zuwendung auch kurzfristig einengende Vorsichtsmaßnahmen ergreifen.

Auch in der Praxis stellt sich die Frage des Vorgehens meist erst sekundär und weniger deutlich. Die größere Schwierigkeit besteht in der Beurteilung der Suizidgefährdung: Welche Patienten werden suizidal und setzen ihre Impulse in die Tat um?

Dabei darf das Suizidrisiko infolge schizophrener Erkrankungen nicht zu gering eingeschätzt werden. Für die erhöhte Mortalität bei Schizophrenien sind heute laut G.HUBER (21) fast ausschließlich Suizide verantwortlich.

## 1.2. Konkrete Fragestellung

Unsere Untersuchung setzte sich deshalb zum Ziel, Kriterien zu finden, die unter vertretbarem Zeitaufwand eine Abschätzung der Ernsthaftigkeit der Suizidalität erlauben. Damit ist vor allem der Arzt für Allgemeinmedizin angesprochen, der in der Regel die ambulante Betreuung der Kranken übernimmt.

In zweiter Linie suchten wir auch zu erhellen, ob die Suizidalität eine direkte Folge der Psychose selbst ist, oder das Ergebnis von verschiedenen - durch die Krankheit mit beeinflussten - extrapsychotischen Motiven. Eine Klärung dieser Frage erscheint uns wichtig, um bereits einem Entstehen von Suizidalität bei schizophrenen Erkrankungen entgegenzuwirken.

## 2. Literaturübersicht

### 2.1. Chronologische Literaturübersicht

H.JANTZ (24) beobachtete eine Häufung der Suizide beim paranoiden Verlauf. Nur zum geringen Teil sind für ihn die Suizide rein krankheitsbedingt, wie z.B. durch den Einfluß imperativer Stimmen. Der überwiegende Anteil der Suizide soll nach einem, dem Suizid des "Gesunden" analogen Muster verlaufen: Die Symptome der Schizophrenie erzeugen eine resignative Stimmung, wodurch sich ein äußerer Anlaß zum Suizidmotiv steigert.

Auch E.JOHANSON (25) beschrieb Suizidversuche vor allem bei Patienten mit paranoider Symptomatik. Sie vermutete ferner einen Zusammenhang zwischen niedrigem Erkrankungsalter und der Häufigkeit der Suizidversuche.

K.A.ACHTE ( 1 ), ( 2 ), ( 3 ) wies auf eine Zunahme der Suizidversuche seit ca. 1950 hin, und führte diese Tatsache auf eine Zunahme der Suizidversuche mittels Hypnotika zurück. Den Zeitpunkt der Suizidversuche datierte er vorwiegend in die Anfangsphase der Erkrankung.

N.L.FARBEROW, E.S.SHNEIDMAN und C.V.LEONARD (15) berichteten ausschließlich über die Suizidalität bei stationären Patienten mit Schizophrenie. Danach neigen suizidgefährdete Patienten zu extremen Verhaltensweisen: Sie schwanken beispielsweise zwischen Kooperation und feindseligen Aktionen und reagieren sehr sensibel auf Streß.

Die Autoren glauben, daß in den meisten Fällen nicht die Psychose und deren Symptomatik ursächlich für einen Suizid ist, sondern schuldigen andere suizidogene Faktoren an: 1. Ein dringendes Bedürfnis nach Erleichterung von Spannung, dem das ruhelose Verhalten unter Streß entspricht, 2. Eine Lebenssituation, die zu schwierig ist, um sie ohne Erleichterung zu ertragen und 3. Die Unfähigkeit, einen besseren Ausweg aus den Schwierigkeiten zu finden.

A.D.POKORNY (37) wies darauf hin, daß sich ein erschreckend hoher Anteil der Suizide in der Zeit nach der Entlassung aus der Klinik ereigne. Dieses Phänomen zeige sich am deutlichsten bei der Schizophrenie. Über entsprechende Ergebnisse berichteten auch A.TEMOCHE und Mitarbeiter (48).

W.PÜLDINGER (36) konnte bei den verschiedenen Formen der Depression sowie bei der Schizophrenie keinen signifikanten Unterschied bezüglich des Suizidrisikos feststellen.

Wertet man die Risikoliste, die W.PÜLDINGER als Hilfsmittel zur Abschätzung der Suizidalität entwickelt hat, im Hinblick auf hohe Korrelationen mit der Diagnose Schizophrenie aus, so ist eine Gefährdung vor allem bei Vorliegen folgender Merkmale anzunehmen: Familien- und Berufsschwierigkeiten, frühere Suizidversuche, -drohungen und -gedanken, Todesphantasien und Todesträume, sowie Angst, Aggressionshemmung und chronischer Alkoholismus.

H.WARNES (52) befaßte sich mit der Suizidalität bei chronischer Schizophrenie. Eine hohe Gefährdung fand er, wenn Krankheitseinsicht gepaart war mit Hoffnungslosigkeit. Ebenso zeigten die Variablen Verfolgungsangst und Unruhe sowie eine niedrige Dosierung der Neuroleptika ein Suizidrisiko an.

K.PLANANSKY und R.JOHNSTON (34), (35) fanden Suizidversuche bei etwa einem Viertel und suizidales Verhalten bei insgesamt etwa der Hälfte aller Patienten mit Schizophrenie.

Suizidales Verhalten zeigte Abhängigkeit von der Aktivität der Psychose. So ereigneten sich die meisten Suizidversuche im Anfangsstadium oder bei späteren Exacerbationen. Patienten mit einem rezidivierenden, periodischen Krankheitsverlauf, die immer wieder entlas-

sen werden konnten, und außerhalb der Klinik gut zurechtfanden, erwiesen sich gefährdeter als Kranke, die bald mit einem stabilen Defekt "ausheilten" oder ständig hospitalisiert waren.

Nach U.OTTO (33) wurde bei Kindern und Jugendlichen mit Suizidversuchen in 11% die Diagnose einer Schizophrenie gestellt.

M.BLEULER (7) widersprach der weithin verbreiteten Annahme, Suizide ereigneten sich am häufigsten zu Beginn der Psychose.

Die Untersuchungen von F.BÜCKER (8) ergaben, daß 43% der Suizidversuche bei endogenen Psychosen auf die Schizophrenie zurückzuführen sind. Die Suizidversuche bei Schizophrenie waren gekennzeichnet durch Ernsthaftigkeit, Brutalität und eine hohe Rezidivquote.

In der Mehrzahl der Fälle stand der Suizid bzw. Suizidversuch in engem Zusammenhang mit der Aktivität der Psychose. Doch konnten gerade bei der Schizophrenie auch Suizidhandlungen außerhalb akuter Schübe registriert werden, wobei in der Regel reaktive Anlässe vorhanden waren. F.BÜCKER vermutet hier einen Einfluß von Art und Ausmaß des Defektes.

Besonders bei der Schizophrenie wirkt sich die Zugehörigkeit zur katholischen Kirche dämpfend auf die Anzahl der Suizidversuche aus. Zur Suizidprophylaxe werden deshalb Hinweise auf die in gesunden Tagen geltenden Normen empfohlen.

R.LINDELIUS und D.W.KAY (29), (30) konnten zeigen, daß die vermehrte Sterblichkeit bei Schizophrenie ganz und gar auf der grossen Anzahl der Suizide beruht. Die Suizide ereigneten sich nicht nur im ersten Jahr nach der Einweisung, sondern auch noch lange danach. Aktive, gewaltsame Suizidmethoden fanden den Vorzug vor Vergiftungen mit Drogen oder Gasen.

F.ERICHSEN (14) gab den Anteil der offenkundig suizidalen Patienten relativ niedrig mit 16,2% an. Dagegen bezifferte er den Anteil der Suizide bzw. Suizidversuche durch Absturz auf ein Viertel (Gesamtbevölkerung: 3 - 5%).

Bei Patienten, die vor dem 14. Lebensjahr an Schizophrenie erkrankt waren, fand C.EGGERS (13) zu 65% Suizidtendenzen. Ebenso wie bei im Erwachsenenalter Erkrankten wurden besonders aktive, harte Methoden angewandt. Suizidhandlungen kamen noch nach jahrelangem Verlauf vor.

Bereits "prämorbid eher schizoide, kontaktschwache, übersensible, grüblerische und eigensinnige" Patienten erwiesen sich als prädisponiert für Suizidgefährdung und autoaggressive Handlungen. Den "geglückten" Suiziden waren stets geäußerte Suizidabsichten bzw. Suizidversuche vorausgegangen.

K.KIROW und L.KAMENOW (26) untersuchten vor allem die extrapsychischen Suizide bei Patienten mit chronischer Schizophrenie. Demnach ist Suizidgefahr bei folgenden Gegebenheiten anzunehmen: Suizidales Verhalten in der Anamnese, Suiziddrohungen sowie Suizide in zeitlicher und örtlicher Nähe; fortdauernde Verlassenheit, Weigerung der Angehörigen, den Kranken aufzunehmen, Fehlen von Perspektiven und sozialer Sicherheit; kritische Einsicht gegenüber der Krankheit bei erhaltenem Kern der Persönlichkeit; das abgeschlossene Regime einer Abteilung und ein aggressiver Charakter vor der Erkrankung.

M.VIRKKUNEN (51) betonte die Suizidgefahr bei neu erkrankten Patienten, die sich noch nicht an die Erscheinungsformen ihrer Krankheit gewöhnt haben. Besondere Achtsamkeit sei geboten, wenn die psychotische Symptomatik mit intensiver Angst kombiniert ist.

Die Suizide der chronisch Kranken hingen im Wesentlichen von der Interaktion zwischen Patient und Umwelt ab: Inaktivität und Zurückgezogenheit begünstigten einen Suizid. Oft ging dem Suizid eine Depression von bemerkenswert kurzer Dauer voraus, die mit entmutigenden Erfahrungen im beruflichen oder privaten Bereich erklärt werden konnte.

Nach G.WINOKUR und M.TSUANG (56) ist der Prozentsatz der Suizide bei Schizophrenie (10,1% aller Todesfälle der Patienten mit Schizophrenie) demjenigen bei Manie und Depression vergleichbar.

F.BÜCKER (10) betonte, wie sehr die Wahrscheinlichkeit von Suizidhandlungen und deren Erfolg von der Tragfähigkeit der Umgebung abhängen. Komplikationen wie Angst und tiefste Abneigung gegenüber dem Patienten seien besonders dann zu erwarten, wenn Angehörige in das Wahnsystem einbezogen würden.

P.MÜLLER (31) wies in einer Doppelblindstudie die Verursachung von Depressionen durch Neuroleptika nach. Zudem wurden depressive Reaktionen bei Schizophrenie hervorgerufen durch das psychotische Geschehen im Frühstadium der Erkrankung und durch die Auseinandersetzung mit den vielfältigen Folgen der Krankheit.

C.SCHARFETTER, J.ANGST und M.NÖSPERLI (43) fanden bei einer mittleren Beobachtungszeit von 9,3 Jahren eine relativ geringe Suizidhäufigkeit: 1,4%, d.h. zwei von 140 Patienten mit Schizophrenie.

Besonders seit Mitte der sechziger Jahre beschäftigten sich mehrere Forscher mit der Frage, ob eine Suizidgefährdung an bestimmten Veränderungen im EEG erkennbar sei. Auch bezüglich der Suizidgefährdung bei Schizophrenie wurde teilweise über statistisch signifikante Korrelationen der EEG - Muster mit dem klinischen Bild berichtet.

Die Ergebnisse sind aber noch dürftig und widersprüchlich. Die Arbeit von F.A.STRUVE (47) enthält neben den eigenen Untersuchungen eine übersichtliche Zusammenfassung aller Veröffentlichungen zu diesem Thema.

G.HUBER, G.GROSS und R.SCHÖTTLER (23) stellten Suizid bei ca. einem Viertel der Todesursachen bei Schizophrenie fest. Den Anteil der Patienten mit Suizidversuch bezifferten sie auf 19,5%.

Suizidversuche außerhalb einer produktiv psychotischen Symptomatik wurden als selten angegeben. Die Hälfte aller Suizidversuche, die während einer akuten Exacerbation unternommen wurden, erfolgten im Laufe des ersten Jahres nach der psychotischen Erstmanifestation.

## 2.2. Kurze Zusammenfassung

Die Häufigkeit ernster Suizidabsichten bei Schizophrenie wird sehr unterschiedlich angegeben. Sie schwankt zwischen 13,8 (24) und 65 (13) Prozent. Der Anteil der Suizide an allen Todesursachen bei Schizophrenie lag beispielsweise bei 10 (56) und 25 (23) Prozent.

Einigkeit besteht über die erhöhte Suizidalität im akuten Schub, besonders im ersten Krankheitsjahr. Die Suizidgefahr bei chronischer Schizophrenie wird unterschiedlich beurteilt. Doch wird hierbei im Gegensatz zur akuten Psychose auch die Interaktion zwischen Patient und Umwelt als ursächlich für die Suizidtendenzen angesehen.

### 3. Material und Methode

#### 3.1. In der Literatur angewandte Methodik

Ein Großteil der vorliegenden Daten über Suizid bei Schizophrenie ist Teilergebnis von Untersuchungen mit umfassenderer Fragestellung. Angesprochen sind hierbei z.B. Langzeitstudien über den Verlauf schizophrener Erkrankungen oder Arbeiten, die sich allgemein mit Suizid oder Suizidversuch beschäftigen.

Bei Arbeiten speziell über den Suizid bei Schizophrenie wurden Informationen über die Patienten meist retrospektiv aus den Krankengeschichten oder durch Befragung der Angehörigen gewonnen. Uns sind nur zwei Untersuchungen zu diesem Thema bekannt, bei denen die Patienten auch selbst befragt wurden: K.PLANANSKY und R.JOHNSTON (34), (35) unterschieden die Suizidalität bei neu erkrankten Patienten sowie bei rezidivierendem und chronischen Krankheitsverlauf. K.KIROW und L.KAMENOW (26) konzentrierten sich auf die Motive der Patienten, die Suizid oder Suizidversuch verübt hatten.

#### 3.2. Methodischer Ansatz

32,7% (23) bzw. 20% ( 8) der Patienten mit Suizidversuch bei Schizophrenie wiederholen den Versuch. Die Rezidivquote beim Gesamt aller Diagnosengruppen beträgt 13% ( 8) bzw. 10% (12). Den Suiziden bei Schizophrenie gingen in 47,6% (51) Suizidversuche voraus. Das Vorliegen eines Suizidversuchs in der Anamnese weist daher deutlich auf eine Suizidgefährdung des Patienten hin.

Dieser Zusammenhang liegt dem methodischen Ansatz unserer Untersuchung zugrunde: Die Patienten wurden in Form eines halbschematischen Interviews exploriert. Nach Abschluß der Befragungen teilten wir - an Hand des Kriteriums Suizidversuch in der Anamnese - die Patienten in zwei Gruppen mit unterschiedlicher Suizidgefährdung ein.

Auf diese Weise erhielten wir unsere Information direkt vom Patienten und nicht ausschließlich aus zweiter Hand, wie z.B. durch Krankenakte oder meist retrospektive Auskünfte von Angehörigen oder Bekannten.

Zudem befaßten wir uns nicht nur mit offenkundig suizidalen Patienten. Betrachtet man z.B. lediglich Patienten mit Suizidversuch, läßt sich nicht sagen, ob die gefundenen Charakteristika nur für die suizidalen Patienten zutreffen, oder für alle Patienten mit Schizophrenie. Erst die Unterscheidung zwischen Patienten mit größerer und geringerer Suizidgefährdung erlaubt eine Bestimmung der eigentlichen suizidogenen Faktoren.

### 3.3. Das Sample

Unsere Untersuchung erstreckte sich auf insgesamt fünfzig, ausschließlich männliche Patienten. Die Beschränkung auf ein Geschlecht lag nahe, da endogene Psychosen bei Frauen mit einer stärkeren Suizidalität einhergehen ( 8). Ursachen für diesen Unterschied sind bislang nicht bekannt.

Kriterien für die Aufnahme in die Testgruppe waren außer dem Geschlecht die zweifelsfreie Diagnose einer Schizophrenie und der Ausschluß einer Drogen- oder Alkoholabhängigkeit. Ferner wurden nur Patienten der Aufnahmestationen in die Untersuchung aufgenommen, da für dauerhospitalisierte Patienten andere Bedingungen für die Suizidalität vermutet wurden, und der Arzt in der freien Praxis mit diesen Patienten ohnehin kaum in Kontakt kommt.

### 3.4. Durchführung

Von den fünfzig Befragungen wurden 46 im Nervenkrankenhaus des Bezirks Oberfranken in Bayreuth, vier in der Universitäts - Nervenklinik in Erlangen durchgeführt. Bei weiteren sieben Patienten war eine

Exploration wegen akuter psychotischer Symptomatik (zwei) bzw. mangelnder Mitarbeit (fünf) nicht möglich. Der Zeitraum für die Untersuchungen erstreckte sich von Januar bis September 1977.

Wie bereits erwähnt, explorierten wir die Patienten nach der Methode des halbschematischen Interviews. Jedem Probanden stellten wir 105 verschiedene Fragen. Eine Zusammenstellung des Fragenkatalogs findet sich unter Punkt 7., Seite 96.

In der Regel dauerte eine Exploration zwischen 1 1/2 und 2 Stunden. Die dabei erhaltenen Angaben wurden an Hand des Krankenblattes und Rücksprachen mit dem Stationsarzt überprüft.

### 3.5. Auswertung der Ergebnisse

Die Patienten teilten wir zwei Gruppen zu (Tabelle 1):

Gruppe I umfaßt 15 Patienten, bei denen Suizidversuche in der Vergangenheit nachgewiesen werden konnten. Zu dieser Gruppe zählten wir auch einen Patienten, der von seiner Frau im letzten Moment vom Erschießen abgehalten wurde (Explorationsnr. 23).

Gruppe II bilden 35 Patienten ohne Suizidversuch in der Anamnese. Auf eine weitere Untergliederung der Gruppe II wurde verzichtet. Damit vermieden wir eine Zersplitterung in zahlenmäßig kleine und statistisch weniger aussagekräftige Gruppen. Das Ausmaß der Suizidtendenzen in Gruppe II zeigte einen kontinuierlichen Übergang von den Patienten, die kurz vor einem Suizidversuch standen, zu den Patienten, bei denen keine suizidale Problematik zu erkennen war (drei Patienten). Somit wäre eine Abstufung der Ernsthaftigkeit der Suizidgedanken willkürlich und ungenau gewesen. Zudem läßt sich die Dissimulation von Suizidgedanken und -absichten weniger gut überprüfen, als die Verheimlichung von Suizidversuchen.

Die statistische Prüfung auf signifikante Unterschiede zwischen Gruppe I und II erfolgte für alternative Merkmale mittels der in den GEIGY - Tabellen (19) angegebenen Signifikanzschranken für den Vierfeldertest, bei mehr als zwei qualitativen Merkmalen mit dem  $\chi^2$  - Test. Kontinuierliche Merkmale untersuchten wir mit dem Mann - Whitney - Wilcoxon - Test (U - Test).

Als Signifikanzniveau legten wir fest:  $2\alpha = 0,05$ . D.h., wir verwendeten nur zweiseitige Fragestellungen.

Obwohl Prozentwerte bei kleinen Zahlen Genauigkeit vortäuschen, die nicht existiert, haben wir uns entschlossen zur schnelleren und leichteren Orientierung für den Leser die Prozentzahlen in der Regel in Klammern ebenfalls anzugeben.

Tab. 1: Einteilung der Patienten

|            |                                 | Anzahl der<br>Patienten |
|------------|---------------------------------|-------------------------|
| Gruppe I:  | Patienten mit<br>Suizidversuch  | 15                      |
| Gruppe II: | Patienten ohne<br>Suizidversuch | 35                      |
| Summe      | :                               | 50                      |

#### 4. Darstellung der Ergebnisse

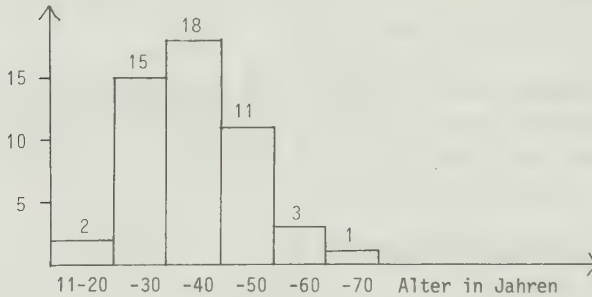
##### 4.1. Biographie

##### ( 1.) Alter zum Zeitpunkt der Untersuchung

Das Alter der untersuchten Patienten verteilte sich wie folgt:

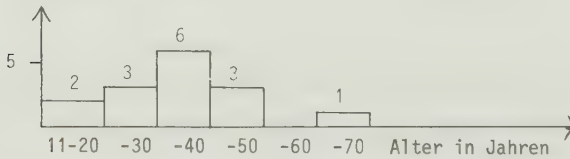
Tab. 2: Altersverteilung in Gruppe I + II

Anzahl der  
Patienten



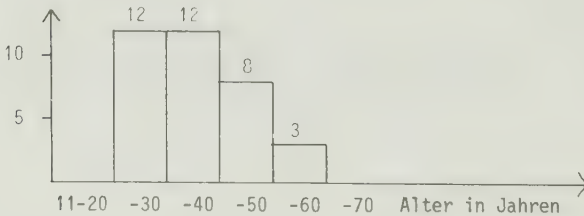
Tab. 3: Altersverteilung in Gruppe I

Anzahl der  
Patienten



Tab. 4: Altersverteilung in Gruppe II

Anzahl der  
Patienten



Wie aus den Tabellen zwei bis vier zu ersehen ist, liegt der Hauptanteil der Patienten in der Altersgruppe zwischen 21 und 50 Jahren. Der jüngste Patient war 18, der älteste 66 Jahre alt.

Das Durchschnittsalter lag in Gruppe I mit 35 Jahren um etwa zwei Jahre niedriger als in Gruppe II. Ein signifikanter Unterschied bestand nicht.

( 2.) Eheliche oder uneheliche Herkunft

Aus ehelichen Verhältnissen stammten 48 Patienten. Die beiden Probanden mit ledigen Müttern finden sich in Gruppe II.

( 3.) Zahl der Geschwister

Als Einzelkinder wuchsen sechs Patienten der Gruppe II auf. In Gruppe I hatte jeder Patient Geschwister. Ein umgekehrtes Ergebnis wie bei den Einzelkindern ergab sich bei den 14 Patienten mit vier und mehr Geschwistern. Die genauen Zahlen können Tabelle 5 entnommen werden. Keine Signifikanz.

Tab. 5: Anzahl der Geschwister

|                        | Einzelkinder | 1 - 3<br>Geschwister | 4 und mehr<br>Geschwister |
|------------------------|--------------|----------------------|---------------------------|
| Gruppe I:<br>15 (100)  | 0 ( 0)       | 9 (60)               | 6 (40)                    |
| Gruppe II:<br>35 (100) | 6 (17)       | 20 (57)              | 9 (26)                    |
| Summe:<br>50           | 6            | 29                   | 15                        |

Die Vergleichsmöglichkeiten und die Konkurrenz mit den Geschwistern können als Interpretation für eine größere Suizid tendenz bei den Patienten dienen, die nicht als Einzelkinder aufgewachsen sind. Diese Vermutung wurde durch die Aussage eines Patienten (Explorationsnr. 33) aus Gruppe I erhärtet:

Die Eltern dieses 37-jährigen Mannes waren durch eine Weinkellerei sehr vermögend. Sein um ein Jahr jüngerer Bruder lehrte als Dozent an einer Universität. Der Patient selbst hatte als Gymnasiallehrer die Referendarprüfung nicht bestanden und war daraufhin zwischenzeitlich als Buchhalter im Unternehmen seines Vaters tätig, bevor er zum Bibliothekar umschulte. In diesem Beruf konnte er ebenfalls nicht Fuß fassen, er hatte auch zum Zeitpunkt der Exploration keine Anstellung. Auf sein Verhältnis zum Bruder angesprochen brachte er zum Ausdruck, daß er sich dem Bruder gegenüber unterlegen fühle und glaube versagt zu haben. Trotzdem würde ihn der Bruder immer korrekt und mit viel Takt behandeln. Der Patient hatte drei Suizidversuche mit Schlaftabletten unternommen.

In ähnlicher Weise berichtete auch der Patient mit der Explorationsnr. 41.

#### ( 4.) Stellung innerhalb der Geschwisterreihe

Läßt man die Einzelkinder außer Betracht, so waren 15 Patienten die ältesten und 13 die jüngsten Kinder in der Familie. Kein Gruppenunterschied.

( 5.) Familienstand

Das Gros der Patienten war ledig. Die genauen Zahlen sind Tabelle 6 zu entnehmen.

Tab. 6: Familienstand

|                        | Verheiratet | Geschieden | Verwitwet | Ledig   |
|------------------------|-------------|------------|-----------|---------|
| Gruppe I:<br>15 (100)  | 2 (13)      | 3 (20)     | 0         | 10 (67) |
| Gruppe II:<br>35 (100) | 8 (23)      | 1 ( 3)     | 1 ( 3)    | 25 (71) |
| Summe<br>50            | : 10        | 4          | 1         | 35      |

Zwei Verheirateten standen in Gruppe I drei Geschiedene gegenüber, während in der Gruppe ohne Suizidversuch die Relationen genau umgekehrt waren: acht Patienten waren verheiratet und einer geschieden. Um Signifikanz nachweisen zu können, wären jedoch höhere Fallzahlen notwendig gewesen. Dennoch bekräftigen diese Ergebnisse familiäre Stabilität als antisuizidalen Faktor.

( 6.) Beruf der Ehefrau

Von den Ehefrauen der 10 verheirateten Patienten waren 7 als ungelernnte Arbeiter tätig, 3 waren Hausfrauen. Kein Gruppenunterschied.

( 7.) Anzahl der Scheidungen pro Patient

Fünf Patienten waren jeweils einmal geschieden, einer von ihnen war wieder verheiratet. Mehrmalige Scheidungen kamen nicht vor.

( 8.) Zahl der Kinder

Jeder der fünf Väter in Gruppe I hatte nur ein Kind. Von den zehn Vätern in Gruppe II hingegen gaben acht an, mehrere Kinder zu haben; bei vier Probanden waren es sogar vier oder mehr. Die Väter aus der Gruppe ohne Suizidversuch hatten damit signifikant häufiger zwei oder mehr Kinder (Bezugsgröße: Anzahl der Väter). Die Zahl der Kinder steht in Zusammenhang mit dem Familienstand des Patienten (s. Frage ( 5.), S.17) und dem Verhältnis zu seinen Kindern (s. Frage (19.), S.23).

Tab. 7: Zahl der Kinder pro Vater

|                  | Ein Kind | Zwei oder mehr<br>Kinder |
|------------------|----------|--------------------------|
| Gruppe I:<br>5   | 5        | 0                        |
| Gruppe II:<br>10 | 2        | 8                        |
| Summe<br>15      | 7        | 8                        |

( 9.) Soziale Verhältnisse und Lebensstandard der Herkunftsfamilie

Entsprechend der Wohnungssituation sowie der beruflichen und finanziellen Lage im Elternhaus wurde eine Einteilung bezüglich der Schichtzugehörigkeit getroffen (Tabelle 8). Kein Gruppenunterschied.

Tab. 8: Schichtzugehörigkeit

|                 | Anzahl der<br>Patienten |
|-----------------|-------------------------|
| Unterschicht :  | 31                      |
| Mittelschicht : | 17                      |
| Oberschicht :   | 2                       |

(10.) Erlernter Beruf

Tab. 9: Erlernter Beruf

|                                                              | Anzahl der<br>Patienten |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Keine, bzw. abgebrochene<br>Berufsausbildung :               | 14                      |
| Nicht in der Staatsdienst über-<br>nommene Gymnasiallehrer : | 2                       |
| Landwirte :                                                  | 9                       |
| Gelernte Arbeiter, Handwerker :                              | 21                      |
| Kaufmännischer Angestellter :                                | 3                       |
| Bibliothekar :                                               | 1                       |
| In Ausbildung :                                              | 2                       |
| Summe :                                                      | 52                      |

Die Summe von 52 Patienten in Tabelle 9 kam durch zwei Doppelbenennungen zustande. Kein Gruppenunterschied.

(11.) Ausgeübter Beruf

36, d.h. knapp zwei Drittel der Patienten waren zum Zeitpunkt der Exploration bereits berentet bzw. ohne Anstellung. Nur noch zwei Patienten waren entsprechend ihrer Ausbildung beschäftigt. Kein Gruppenunterschied.

Weniger drastisch stellt sich die Ausgliederung aus dem Berufsleben bei den Landwirten dar. Sechs der neun Landwirte waren noch in ihrem Beruf tätig und hatten teilweise gleichzeitig einen Nebenerwerb. Allerdings führten sie keinen eigenen Hof, sondern arbeiteten jeweils bei den Eltern oder Geschwistern mit. Diese sechs Landwirte hatten noch keinen Suizidversuch unternommen.

Tab. 9: Ausgeübter Beruf

|                                            | Anzahl der<br>Patienten |
|--------------------------------------------|-------------------------|
| Berentet                                   | : 21                    |
| Zum Zeitpunkt der Untersuchung ohne Arbeit | : 15                    |
| In Ausbildung                              | : 2                     |
| Im erlernten Beruf tätig                   | : 2                     |
| Ungelernte Arbeiter                        | : 4                     |
| Landwirte                                  | : 3                     |
| Ungelernte Arbeiter + Landwirte            | : 3                     |
| Summe                                      | : 50                    |

(12.) Anzahl der Arbeitsstellen

Regelmäßig berichteten die Patienten über Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, besonders im Umgang mit Arbeitskollegen. Kennzeichnend dafür war ein häufiger Stellenwechsel: 19 Patienten hatten fünf oder mehr verschiedene Arbeitsplätze. Kein Gruppenunterschied.

(13.) Schulabschluß

Tab. 11: Schulabschluß

|                | Anzahl der<br>Patienten |
|----------------|-------------------------|
| Volksschule    | : 39                    |
| Mittlere Reife | : 6                     |
| Abitur         | : 3                     |
| Examen         | : 2                     |
| Summe          | : 50                    |

Kein Gruppenunterschied.

(14.) Größe des Wohnorts

Entsprechend dem ländlichen Einzugsbereich des Nervenkrankenhauses Bayreuth kamen nur zwei Patienten aus einer Stadt mit mehr als 100 000 Einwohnern. Deshalb verglichen wir nur die Patienten aus Städten mit mehr als 5000 Einwohnern mit denen aus noch kleineren Orten (Tabelle 12). Kein Gruppenunterschied.

Tab. 12: Größe des Wohnorts

|                            | Anzahl der<br>Patienten |
|----------------------------|-------------------------|
| Mehr als 5000 Einwohner    | : 19                    |
| Weniger als 5000 Einwohner | : 31                    |
| Summe                      | : 50                    |

(15.) Vergleich Wohnort - Geburtsort

Bei der Untersuchung darüber, wieviele Patienten noch in ihrem Geburtsort beheimatet waren, bzw. wieviele erst später in ihren derzeitigen Wohnort zuzogen, bot sich folgendes Bild:

Tab. 13: Verteilung der einheimischen und zugezogenen Patienten

|                        | Einheimisch | Zugezogen |
|------------------------|-------------|-----------|
| Gruppe I:<br>15 (100)  | 9 (60)      | 6 (40)    |
| Gruppe II:<br>35 (100) | 25 (71)     | 10 (29)   |
| Summe<br>50            | : 34        | 16        |

Kein Gruppenunterschied.

4.2. Prämorbidie Persönlichkeit

(16.) "Broken Home" - Situation in der Kindheit

Eine "broken home" - Situation wurde angenommen, wenn der Patient früh verwaiste, ein Elternteil alkoholsüchtig war oder eine kriminelle Anamnese hatte, die Eltern geschieden waren oder deren ständiger Ehekrach den Patienten sehr belastete. Auch wenn die Probanden in der Kindheit längere Zeit schreckliche Verhältnisse im Krieg, in Lagern oder auf der Flucht erlebt hatten, werteten wir dies als "broken home".

Bei den Patienten mit Suizidversuch fand sich eine "broken home" - Situation nur etwas häufiger als in Gruppe II (Tabelle 14). Keine Signifikanz.

Tab. 14: "broken home"

|            |         | Anzahl der<br>Patienten |
|------------|---------|-------------------------|
| <hr/>      |         |                         |
| Gruppe I:  | 7 (47)  |                         |
| 15 (100)   |         |                         |
| <hr/>      |         |                         |
| Gruppe II: | 11 (31) |                         |
| 35 (100)   |         |                         |
| <hr/>      |         |                         |
| Summe      | :       | 18                      |
| 50         |         |                         |

(17.) Früher Tod eines Elternteils

Insgesamt hatten zwölf Patienten vor ihrem 15. Lebensjahr Vater oder Mutter verloren. Kein Patient war Vollwaise. Kein Gruppenunterschied.

(18.) Einstellung gegenüber Vater, Mutter

Bis auf wenige Ausnahmen wurde das Verhältnis zu Vater und Mutter als harmonisch bzw. unbelastet geschildert. Kein Gruppenunterschied.

(19.) Verhältnis zu den eigenen Kindern

Betrachtet man nur die 15 Väter, so fällt folgendes auf: alle fünf Väter mit Suizidversuch hatten - meist auf Grund einer Scheidung - keinen Kontakt mehr zu ihren Kindern, oder ihnen wurde das Sorgerecht entzogen. Acht der zehn Väter von Gruppe II hingegen hatten ein unbelastetes Verhältnis zu ihren Kindern und wurden ihrer Vaterrolle offenbar gut gerecht (Tabelle 15). Dieser Unterschied zwischen beiden Gruppen ist signifikant (Bezugsgröße: Anzahl der Väter).

Die Väter ließen sich somit deutlich hinsichtlich ihrer Suizidgefährdung trennen (s. auch Frage ( 8.), S.18): Hohes Risiko findet sich, wenn der Patient nur ein Kind hat und kein, bzw. ein gestörtes Verhältnis zu den Kindern besteht. Dagegen kann bei verheirateten Patienten mit mehreren Kindern und einer guten Beziehung zu den Kindern das Suizidrisiko geringer eingestuft werden.

Tab. 15: Verhältnis zu den eigenen Kindern

|                        | Trennung von den<br>Kindern | Unbelastetes Verhält-<br>nis zu den Kindern |
|------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------|
| Gruppe I:<br>5 (100)   | 5                           | 0                                           |
| Gruppe II:<br>10 (100) | 2                           | 8                                           |
| Summe :<br>15 (100)    | 7                           | 8                                           |

(20.) Ehe und Partnerschaft vor der Erkrankung

Diese Frage wird gemeinsam mit der Entwicklung von Partnerschaft nach Krankheitsbeginn besprochen (s. Frage (63.), S.46).

(21.) Gesetzeswidrigkeiten, prämorbid

Wegen Trunkenheit am Steuer wurden drei Patienten belangt. Jeweils einer mußte sich auf Grund von unerlaubten Drogenbesitz bzw. leichter Eigentumsdelikte verantworten. Einem Patienten wurde schwerer Diebstahl<sup>1</sup> und Unzucht vorgeworfen. Kein Gruppenunterschied.

(22.) Hobbies und Freizeitaktivitäten, prämorbid

Zwölf Patienten konnten keine hobbyähnlichen Interessen nennen, denen sie vor ihrer Erkrankung nachgegangen waren. 16 hatten Aufgaben, mit denen sie sich alleine beschäftigten, während 22 sich einer Gruppe oder einem Verein angeschlossen hatten.

Es ist ein Indiz gegen eine hohe Suizidgefährdung, wenn ein Patient bereits vor Erkrankungsbeginn seine Freizeit auszufüllen mußte. Dies gilt besonders dann, wenn er dadurch Zugang zu einer Gemeinschaft fand. Es erscheint daher sinnvoll, sich auch nach der prämorbid

Situation des Patienten, insbesondere seinem Kontakt mit einer Gruppe oder Gemeinschaft zu erkundigen. Die Signifikanzschränke wurde knapp verfehlt.

Tab. 16: Prämorbid Freizeitaktivitäten

| Freizeit- : Keine<br>aktivitäten | Ohne Gemein-<br>schaftskontakt | Mit Gemein-<br>schaftskontakt |
|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Gruppe I:<br>15 (100)            | 5 (33)      7 (47)             | 3 (20)                        |
| Gruppe II:<br>35 (100)           | 7 (20)      9 (26)             | 19 (54)                       |
| Summe :<br>50                    | 12      16                     | 22                            |

(23.) Kontaktfähigkeit vor der Erkrankung

Sieben Patienten gaben an, bereits vor ihrer Erkrankung ziemlich Einzelgänger gewesen zu sein. Kein Gruppenunterschied.

Diese allgemeine Fragestellung brachte im Gegensatz zum vorhergehenden Punkt (Frage (22.)) die verminderte Kontaktbereitschaft der Patienten aus Gruppe I nicht zu Tage. Es ist daher effektiver, sich differenziert nach dem Freizeitverhalten des Patienten zu erkundigen.

4.3. Morbide Persönlichkeit

4.3.1. Diagnostische Daten

(24.) Familienanamnese

Nur bei drei Patienten konnten - bei Eltern oder Geschwistern - Erkrankungen an Schizophrenie verzeichnet werden. Nicht näher bestimmte "Nervenleiden" fanden sich in Familie und Verwandtschaft von 14 Patienten. Fast zwei Drittel, nämlich 31 Patienten hatten eine leere psychiatrische Familienanamnese. Kein Gruppenunterschied.

### (25.) Manifestationsalter

Als Manifestationsalter wurde in der Regel die erste Klinikeinweisung bzw. der erste Kontakt mit einem Psychiater angesehen. Waren in der Anamnese des Patienten ein deutlicher Leistungsknick in Ausbildung oder Beruf oder z.B. Symptome ersten Ranges nachweisbar, so wurden diese Ereignisse als Datum für den Krankheitsbeginn gewertet. Bei einem der Patienten konnte auf Grund einer sich über ca. zwei Jahrzehnte hinziehenden schleichenden Persönlichkeitsveränderung kein Zeitpunkt für die Erkrankung festgelegt werden.

Das niedrigste Manifestationsalter lag bei 15, das höchste bei 40 Jahren. Die genaue Verteilung ist den Tabellen 17, 18 und 19 zu entnehmen.

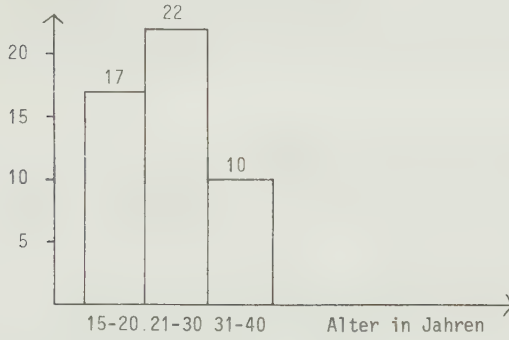
In Gruppe I lag der durchschnittliche Krankheitsbeginn mit 22 Jahren um vier Jahre unter dem der Gruppe II. Die Prüfung mit dem Wilcoxon - Test ergab einen signifikanten Unterschied.

Dieser Ergebnis besagt, daß ein um so höheres Suizidrisiko besteht, je niedriger das Erkrankungsalter ist. Wie aus den Tabellen 18 und 19 ersichtlich, hat nur einer von insgesamt zehn Patienten mit einem Manifestationsalter von über 30 Jahren einen Suizidversuch unternommen. Dagegen erkrankte die Hälfte der Patienten von Gruppe I im Alter zwischen 15 und 20 Jahren.

Die höhere Rate von Suizidversuchen bei den Patienten mit niedrigem Manifestationsalter ist nicht auf einen längeren Zeitraum zwischen Erkrankungsbeginn und Exploration zurückzuführen. Das Intervall zwischen Auftreten der Krankheit und Befragung war bei niedrigem Manifestationsalter im Schnitt sogar etwas kürzer.

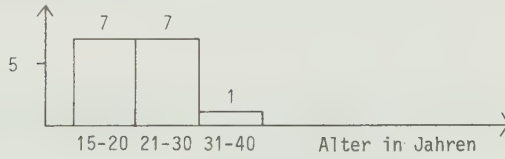
Tab. 17: Manifestationsalter Gruppe I + II

Anzahl der  
Patienten



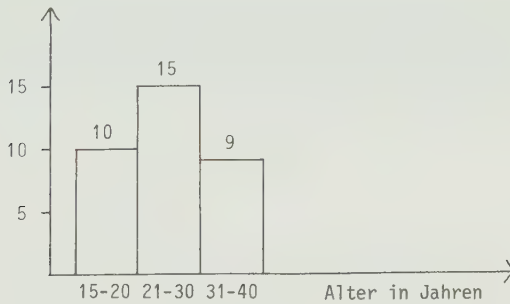
Tab. 18: Manifestationsalter Gruppe I

Anzahl der  
Patienten



Tab. 19: Manifestationsalter Gruppe II

Anzahl der  
Patienten



Fragt man nach der Ursache für den Einfluß des Manifestationsalters auf die Suizidalität, so bieten sich zwei Erklärungsmöglichkeiten: Zum einen wäre ein mitigierter Verlauf der Schizophrenie bei älteren Patienten denkbar. Eher ist jedoch anzunehmen, daß mit dem Alter die Möglichkeiten wachsen, die Konfrontation mit der Krankheit zu meistern (s.5.2.2., S.82).

(26.) Anzahl der Klinikaufenthalte

Durchschnittlich zählten wir pro Patient fünf Klinikaufenthalte. Kein Gruppenunterschied.

(27.) Gesamtdauer des Klinikaufenthalts

Gruppe I wies mit 19 Monaten mittlerer Gesamtdauer aller Klinikaufenthalte eine um drei Monate geringere Verweildauer auf als Gruppe II. Die Prüfung auf Signifikanz verlief negativ. Der Unterschied des arithmetischen Mittelwertes in beiden Gruppen ergibt sich durch die große Schwankungsbreite in der Gesamtaufenthaltsdauer pro Patient: Sie lag zwischen einem Monat und elf Jahren.

(28.) Persönlichkeitsveränderung

Lediglich bei acht Patienten fielen keine Persönlichkeitsveränderungen im Sinne eines uncharakteristischen oder spezifischen Defektzustandes auf. Kein Gruppenunterschied.

(29.) Wahnthematik

Bei zehn Patienten ließ sich keine Wahnsymptomatik eruieren. Den Gegenstand des Wahnthemas bildeten zur Hälfte Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen. Kein Gruppenunterschied.

### (30.) Halluzinationen

Die Häufigkeit der Patienten mit halluzinatorischer Symptomatik war in beiden Gruppen etwa gleich groß. In Gruppe I gab es jedoch etwas mehr Patienten, die Halluzinationen auf verschiedenen Sinnesgebieten erlebt hatten (Tabelle 20).

Tab. 20: Halluzinationen

|                        | Keine<br>Halluzinationen in<br>Halluzinationen; einem Sinnesgebiet; | Halluzinationen in<br>Halluzinationen; mehreren Sinnesgebieten |        |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------|
| Gruppe I:<br>15 ( 99)  | 2 (13)                                                              | 8 (53)                                                         | 5 (33) |
| Gruppe II:<br>35 (100) | 8 (23)                                                              | 23 (66)                                                        | 4 (11) |
| Summe<br>50            | : 10                                                                | 31                                                             | 9      |

### (31.) Ichstörung

Eine schizophrene Ichstörung lag bei neun Patienten vor. Vier davon verteilten sich auf Gruppe I, die übrigen fünf auf Gruppe II.

### (32.) Formale Denkstörung

Während der Exploration konnte bei zehn Patienten erhebliche Denkzerfahrenheit, bei einem Gedankenabreißen beobachtet werden. Laut Krankenblättern waren zusätzlich bei sieben und gemäß der Anamnese bei weiteren drei Patienten in der Vergangenheit formale Denkstörungen aufgetreten (Tabelle 21).

Tab. 21: Formale Denkstörung

|                        | Formale Denkstörung<br>aufgetreten | Keine<br>formale Denkstörung |
|------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| Gruppe I:<br>15 (100)  | 11 (73)                            | 4 (27)                       |
| Gruppe II:<br>35 (100) | 10 (29)                            | 25 (71)                      |
| Summe<br>50            | 21                                 | 29                           |

Eine formale Denkstörung kam damit bei den Patienten mit Suizidversuch signifikant häufiger vor. Eine Interpretation dieses Ergebnisses findet sich in der Diskussion unter Punkt 5.2.3., S.83.

(33.) Depressionen

Die Frage nach zumindest zeitweise ausgeprägten Depressionen wurde von 33 Patienten bejaht. Wie erwartet werden konnte, waren depressive Züge bei den Patienten von Gruppe I häufiger. Der Unterschied ist signifikant (Tabelle 22).

Nur einer der Patienten mit Suizidversuch verneinte Depressionen. Die Existenz von Depressionen kann aber keinen klaren Hinweis zur Beurteilung der Suizidgefahr geben, da auch mehr als die Hälfte der Patienten ohne Suizidversuch diese Symptomatik bejahten. Man kann es jedoch als Hinweis auf eine weniger akute Suizidgefahr deuten, wenn der Patient behauptet, zu keiner Zeit stärkere depressive Verstimmungen gehabt zu haben.

Tab. 22: Depressionen

|                        | Depressionen<br>bejaht | Keine<br>Depressionen |
|------------------------|------------------------|-----------------------|
| Gruppe I:<br>15 (100)  | 14 (93)                | 1 ( 7)                |
| Gruppe II:<br>35 (100) | 21 (60)                | 14 (40)               |
| Summe<br>50            | : 35                   | 15                    |

#### 4.3.2. Gefühle und Reaktionsweisen

##### (34.) Schuldgefühle

Zwanzig Patienten gaben Schuldgefühle zu. Davon meinten acht, verantwortlich zu sein für den negativen Verlauf ihres Lebens und ihrer Krankheit. Als Grund für die Gewissensbisse wurden vor allem (acht Patienten) sexuelle Konflikte genannt. Kein Gruppenunterschied.

##### (35.) Angst

Angstgefühle bestätigten 30 Patienten. 23 konnten keinen äußeren Grund für die Angst angeben. Sechs Patienten fürchteten sich vor der ungewissen Entwicklung und den Auswirkungen der Krankheit, einem war vor der Gesellenprüfung bange. Kein Gruppenunterschied.

##### (36.) Selbstvertrauen

Den Aussagen und dem Auftreten nach war das Selbstwertgefühl bei 20 Patienten erheblich gemindert. Kein Gruppenunterschied.

### (37.) Erregungszustände

Unkontrollierte Erregungszustände mit Beschädigung von Sachgütern oder Gewalttätigkeiten gegenüber Personen, die teilweise zur Einweisung des Patienten führten, wurden in 24 Fällen angetroffen. Kein Gruppenunterschied.

### (38.) Stimmungsschwankungen

22 Patienten beobachteten bei sich immer wieder deutliche Stimmungsschwankungen. Dieses Symptom war bei fast allen Patienten der Gruppe I, jedoch selten in Gruppe II festzustellen. Der Unterschied ist signifikant (Tabelle 23).

Tab. 23: Stimmungsschwankungen

|                        | Stimmungsschwankungen<br>vorhanden | Keine ausgeprägten<br>Stimmungsschwankungen |
|------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------|
| Gruppe I:<br>15 (100)  | 12 (80)                            | 3 (20)                                      |
| Gruppe II:<br>35 (100) | 10 (29)                            | 25 (71)                                     |
| Summe<br>50            | 22                                 | 28                                          |

An dieser Stelle interessiert der Zusammenhang zwischen Depressionen und Stimmungsschwankungen. Bei den Patienten mit Suizidversuch waren die Depressionen beinahe ausschließlich mit Stimmungsschwankungen vergesellschaftet. Die Patienten ohne Suizidversuch erlebten ihre Depression vorwiegend als gleichförmig andauernden Zustand (Tabelle 24). Damit wird das Vorkommen einer Depression um so aussagekräftiger, wenn der Patient zugleich über eine Instabilität seiner Stimmungslage berichtet.

Tab. 24: Stimmungsschwankungen bei den Patienten mit Depressionen

|                             | Stimmungs-<br>schwankungen | Keine Stimmungs-<br>schwankungen | Summe    |
|-----------------------------|----------------------------|----------------------------------|----------|
| Gruppe I:                   | 12 (86)                    | 2 (14)                           | 14 (100) |
| Gruppe II:                  | 9 (43)                     | 12 (57)                          | 21 (100) |
| Patienten mit Depressionen: |                            |                                  | 35       |

(39.) Belastung des Patienten durch Halluzinationen

In Gruppe I empfanden sechs, in Gruppe II fünf Patienten ihre Halluzinationen als quälend oder äußerst störend. Die Patienten mit Suizidversuch klagten also etwas häufiger über subjektive Beeinträchtigung durch Halluzinationen. Keine Signifikanz.

(40.) Psychosomatische Beschwerden

Somatische Beschwerden, bei denen ein organisches Korrelat ausgeschlossen oder unwahrscheinlich war, fanden sich bei 14 Patienten. Das Überwiegen dieser Patienten in Gruppe I (Tabelle 25) erreichte die Signifikanzschränke nicht.

Tab. 25: Psychosomatische Beschwerden

|                        | Sind<br>vorhanden | Sind nicht<br>vorhanden |
|------------------------|-------------------|-------------------------|
| Gruppe I:<br>15 (100)  | 7 (47)            | 8 (53)                  |
| Gruppe II:<br>35 (100) | 7 (20)            | 28 (80)                 |
| Summe<br>50            | 14                | 36                      |

#### (41.) Autoaggressive Handlungen

Bei keinem Patienten waren - Suizidversuche ausgenommen - wirkliche autoaggressive Handlungen zu eruieren. Lediglich ein Patient (Gruppe I) hatte sich zu Beginn seiner Erkrankung Nadeln in die Oberschenkel und durch die Ohrfläppchen gestochen.

#### (42.) Angst vor dem Sterben

Bis auf einen waren alle Patienten, die angaben sich keine Gedanken über das Sterben zu machen, in Gruppe II zu finden. Hingegen hatte beinahe jeder in Gruppe I die Frage, ob er Angst vor dem Sterben habe, klar mit ja oder nein beantwortet (Tabelle 26). Der Unterschied verfehlte die Signifikanzschränke knapp.

Tab. 26: Angst vor dem Sterben

|                        | Pat. bejaht oder verneint<br>Angst vor dem Sterben | Pat. macht sich noch keine<br>Gedanken über das Sterben |
|------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Gruppe I:<br>15 (100)  | 14 (93)                                            | 1 ( 7)                                                  |
| Gruppe II:<br>35 (100) | 23 (66)                                            | 12 (34)                                                 |
| Summe<br>50            | : 37                                               | 13                                                      |

Man kann also annehmen, daß ein Patient weniger Suizidtendenzen aufweist, wenn er, auf seine Angst vor dem Sterben angesprochen, antwortet, er wisse das noch nicht so genau, er mache sich jetzt darüber noch keine Gedanken.

Die Suizidgefährdung darf fälschlicherweise nicht als niedrig beurteilt werden, wenn der Patient sagt, er habe Angst vor dem Sterben. Betrachtet man nur die Patienten, die eindeutig Stellung bezogen, gaben in Gruppe I ebenso wie in Gruppe II jeweils drei von zehn Patienten an, sich vor dem Tod zu fürchten.

(43.) Wunsch nach einem tödlichen Unfall

Den Wunsch nach einem Unfall, der dem Leben ein Ende macht, hatten schon 13 Patienten. Kein Gruppenunterschied.

(44.) Schlafstörungen

Über Schlafstörungen klagten 28 Patienten. Kein Gruppenunterschied.

(45.) Einsamkeitsgefühle

Insgesamt gaben 29 Patienten Einsamkeitsgefühle an. Zehn Patienten bejahten die Frage ohne Vorbehalte, 19 machten Einschränkungen: Elf Patienten kamen sich nur in der Klinik, zwei nur zu Hause einsam vor; weitere sechs meinten, sie empfänden eher Langeweile als Einsamkeit (Tabelle 27).

Tab. 27: Einsamkeitsgefühle

|                        | Keine<br>Einsamkeit | Einsamkeit mit<br>Einschränkungen | Einsamkeit unein-<br>geschränkt bejaht |
|------------------------|---------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|
| Gruppe I:<br>15 (100)  | 4 (27)              | 5 (33)                            | 6 (40)                                 |
| Gruppe II:<br>35 (100) | 17 (49)             | 14 (40)                           | 4 (11)                                 |
| Summe<br>50            | : 21                | 19                                | 10                                     |

Es ist wahrscheinlich, daß eine positive Korrelation zwischen dem Empfinden von Einsamkeit und dem Grad der Suizidgefährdung besteht. Signifikanz wurde knapp verfehlt.

(46.) Mordtendenzen

Bei einem Drittel der Patienten konnten Mordgedanken und -drohungen bis hin zur Ausführung der Tat festgestellt werden (Tabelle 28).

Tab. 28: Mordtendenzen: Differenzierung der Ernsthaftigkeit

|                                                 | Anzahl der<br>Patienten |
|-------------------------------------------------|-------------------------|
| Mordgedanken                                    | : 3                     |
| Morddrohungen                                   | : 9                     |
| <hr/>                                           |                         |
| Versuch, jemanden zu<br>erwürgen                | : 3                     |
| Ehefrau mit Beil lebens-<br>gefährlich verletzt | : 1                     |
| Ehefrau erstochen                               | : 1                     |
| <hr/>                                           |                         |
| Summe                                           | : 17                    |

Obwohl die relative Häufigkeit der Mordtendenzen bei den Patienten mit Suizidversuch größer war, ergab sich eine stärkere Ernsthaftigkeit der Tötungsabsichten bei den Patienten ohne Suizidversuch. Alle Patienten mit unterschiedlich gefährlichen Tatversuchen waren in Gruppe II zu finden, die drei mit Mordgedanken hingegen in Gruppe I (Tabelle 29). Keine Signifikanz.

Tab. 29: Mordtendenzen: Gruppenunterschiede

|            | Mordgedanken | Morddrohung | Tat bzw. Versuch |
|------------|--------------|-------------|------------------|
| Gruppe I:  | 2            | 4           | -                |
| Gruppe II: | -            | 5           | 5                |
| Summe      | : 2          | 9           | 5                |

Wenn man auch auf Grund der Fallzahlen keine Folgerungen ziehen kann, so stimmt dieses Ergebnis doch mit der - sicher noch verfeinerungsbedürftigen - Hypothese von S.FREUD (18) überein, daß der Suizidant aggressive Impulse in kritischen Situationen gegen sich selbst wen-

det. Auch E.RINGEL (42) wies ein reziprokes Verhältnis zwischen Mord und Suizid nach.

Zur Veranschaulichung bzw. Untermauerung seien zwei Patienten angeführt, bei denen sich Phasen von Suizid- und Mordtendenzen zeitlich getrennt deutlich voneinander abhoben und sich gegenseitig ausschlossen.

Ein 56 - jähriger Patient (Explorationsnr. 16) hatte nur einmal im Alter von 39 Jahren, fünf Jahre nach den ersten Anzeichen seiner Krankheit, suizidales Verhalten gezeigt. Um seinen Lebensüberdruß zu bekunden, hatte er sich einen Strick um den Hals gelegt und war mit seinem Moped in den Wald gefahren. Seine Suizidvorbereitungen kommentierte er folgendermaßen: er sei froh gewesen, daß er nicht wußte, wie man das richtig macht; im Grunde wollte er nur seiner Frau einen Denkkzettel verpassen.

Diese anfangs durch die Suizidalität maskierte Aggression gegen seine Frau trat im Laufe der Zeit immer offener zu Tage. Anschaulich schilderte der Patient, wie er immer häufiger im Stall verschwand, um dort die Gedanken zu unterdrücken, seiner Frau "etwas antun zu wollen". Aus Angst vor ihrem Mann zog die Frau mit den Kindern schließlich in ein getrenntes Schlafzimmer. Wenige Tage vor der Exploration führte ein versuchter Totschlag - er hatte seine Frau mit Beil und Messer schwer verletzt - zur Einweisung des Patienten.

Es ließen sich keine Suizidtendenzen mehr auffinden, nachdem das Widerstreben gegen seine Frau immer unverhohlener erkennbar wurde.

Bei einem anderen Patienten (Alter 32 Jahre; Explorationsnr. 40) verlief die Entwicklung genau entgegengesetzt. Mit 26 Jahren führten Tötlichkeiten gegen seine alleinstehende, ebenfalls an Schizophrenie erkrankte Mutter zur Zwangseinweisung. Zuvor hatte er sie schon jahrelang regelmäßig geschlagen.

Im Laufe der Zeit erkannte der Patient den prägenden Einfluß der Krankheit auf seine Lebensumstände und erwartete auch nicht mehr eine durchgreifende Änderung seiner Situation. Für eine Ehe fühlte er sich nicht reif genug und der Verantwortung einer solchen Aufgabe nicht gewachsen.

Er hatte sich schließlich damit abgefunden, auf Dauer mit seiner Mutter zusammenzuleben und versuchte, gut mit ihr auszukommen. Größere Streitigkeiten wurden mit Erfolg vermieden.

Sechs Jahre, nachdem er wegen Fremdgefährdung zwangsweise stationär eingeliefert worden war, bat er an der Pforte des Nervenkrankenhauses Bayreuth erneut um Aufnahme. Verwandte hatten ihm dazu geraten, nachdem er ihnen von seiner wachsenden Angst erzählt hatte, sich selbst etwas anzutun.

#### 4.3.3. Therapie

##### (47.) Zuverlässigkeit in der Einnahme der Medikamente

Von vier Patienten lagen noch keine Erfahrungen in der ambulanten Behandlung vor. Etwa ein Drittel der übrigen Patienten nahm die Medikamente zu Hause unregelmäßig und nach eigenem Gutdünken ein oder setzte sie einfach ab. Kein Gruppenunterschied.

##### (48.) Belastung durch Nebenwirkungen der Neuroleptika

38 Patienten klagten über störende Begleiterscheinungen der Medikation. Die meistgenannten Symptome waren Nachlassen der Potenz, Tremor und Parkinsonismus, Hyposalivation und Akathisie.

In Gruppe I berichteten 14 Patienten über entsprechende Beschwerden, in Gruppe II lediglich 24. Keine Signifikanz.

##### (49.) Behandlung mit Elektroschock oder Insulinkur

Einer Insulinkur hatte sich ein Patient aus Gruppe I unterziehen müssen. Erfahrungen mit Elektrokrampftherapie hatten insgesamt 13 Patienten. Kein Gruppenunterschied.

#### (50.) Arbeits- und Beschäftigungstherapie

Zur Zeit der Untersuchung nahmen 29 Patienten regelmäßig an der Arbeits- oder Beschäftigungstherapie teil. Jedoch legten fünf dieser Patienten Wert auf die Feststellung, daß ihnen diese Therapie überhaupt nicht gefalle. Kein Gruppenunterschied.

#### (51.) Ambulante ärztliche Betreuung

Von 46 Patienten begaben sich 19 außerhalb der Klinik nur selten und unregelmäßig in ärztliche Behandlung oder suchten nach ihrer Entlassung überhaupt keinen Arzt mehr auf. Diese hohe Zahl von Patienten, die sich der ärztlichen Überwachung entziehen, weist auf die Notwendigkeit hin, die Angehörigen zu motivieren, immer wieder für einen Arztbesuch des Patienten Sorge zu tragen. Dadurch könnte in vielen Fällen ein neuer Schub rechtzeitig erkannt und eine Einweisung wegen akuter Selbst- oder Gemeingefährlichkeit vermieden werden.

Die hauptsächliche Betreuung der ambulanten Patienten lag in den Händen der Ärzte für Allgemeinmedizin. 19 Patienten stellten sich in festen Abständen bei ihrem Hausarzt vor, um ein neues Rezept abzuholen. Wir gewannen jedoch den Eindruck, daß durchaus nicht jeder Arzt die Gelegenheit nutzte, um in einem kurzen Gespräch einen Eindruck von der Verfassung des Patienten zu gewinnen.

Bei niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie waren fünf Patienten in Behandlung, drei mußten sich regelmäßig beim Gesundheitsamt melden. Kein Gruppenunterschied.

#### (52.) Vertrauen in die Behandlung

31 Patienten hatten Vertrauen zu Ärzten und Behandlung sowie den Eindruck, daß ihnen in der Klinik geholfen werde. Wenig überzeugt von der Behandlung zeigten sich 15 Patienten und standen ihr indifferent bis kritisch gegenüber. Nur vier Patienten vertraten nachdrücklich die Auffassung, die Therapie sei vollkommen vergeblich.

Wie aus Tabelle 30 zu ersehen ist, glaubten die Patienten ohne Suizidversuch etwas mehr an die Wirksamkeit der Behandlung: Keine Signifikanz.

Tab. 30: Vertrauen in die Behandlung

|                        | Vertrauen<br>vorhanden | Vertrauen<br>reduziert |
|------------------------|------------------------|------------------------|
| Gruppe I:<br>15 (100)  | 8 (53)                 | 7 (47)                 |
| Gruppe II:<br>35 (100) | 23 (66)                | 12 (34)                |
| Summe<br>50            | : 31                   | 19                     |

#### 4.3.4. Einstellung zur Krankheit

##### (53.) Krankheitseinsicht

Tab. 31: Krankheitseinsicht

|                        | Keine<br>Krankheitseinsicht | Zumindest partielle<br>Krankheitseinsicht |
|------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------|
| Gruppe I:<br>15 (100)  | 1 ( 7)                      | 14 (93)                                   |
| Gruppe II:<br>35 (100) | 9 (26)                      | 26 (74)                                   |
| Summe<br>50            | : 10                        | 40                                        |

Auf die Frage, ob sie selbst glaubten, krank zu sein, antworteten 30 Patienten mit "ja". Jeweils fünf waren sich unsicher bzw. räumten ein, zwar irgendeine Krankheit zu haben, bestritten jedoch gleichzeitig - ohne darauf angesprochen zu sein - an Schizophrenie zu leiden. Zehn Patienten waren der Ansicht, gesund zu sein.

Während sich von den Patienten mit Suizidversuch nur einer gesund wähnte, waren dies in Gruppe II neun Patienten (Tabelle 31). Keine Signifikanz.

(54.) Ursache für die Krankheit oder die momentane Situation nach Meinung des Patienten

Diese allgemeine Fragestellung ermöglichte auch den Patienten, die sich nicht krank fühlten, eine Antwort.

Über die Hälfte der Patienten konnte sich keinen Grund für die Erkrankung vorstellen. Meistens (acht Patienten) wurde die Ursache in einer persönlichen Überforderung durch Arbeit und Lebensumstände gesehen. Jeweils vier Patienten machten bestimmte Personen bzw. sexuelle Verfehlungen für ihr Schicksal verantwortlich. Kein Gruppenunterschied.

(55.) Bewältigung der Krankheit und ihrer sozialen Konsequenzen

Bei zwei Patienten war in dieser Frage keine Beurteilung möglich. Von den verbleibenden 48 Patienten hatten sich 24 im Großen und Ganzen auf die durch die Krankheit entstandene Situation eingestellt und sie akzeptiert. 15 gingen dem Problem so weit wie möglich aus dem Wege, indem sie die Realität einfach ignorierten und überspielten. Nur wenige berichteten, daß sie unter der Krankheit litten und sich mit ihrer Lage nicht abfinden könnten (Tabelle 32).

Der  $\chi^2$  - Test erbrachte einen signifikanten Unterschied zwischen beiden Gruppen. Dies bedeutet eine erhöhte Suizidgefahr, wenn der Patient nicht imstande ist, die durch die Krankheit geschaffenen Lebensbedingungen anzunehmen, sich ihnen anzupassen oder sich mit den beruflichen, familiären und sozialen Veränderungen zu arrangieren.

Daraus folgt die Notwendigkeit, die Ansprüche und Lebensziele des Patienten, soweit möglich, mit der Wirklichkeit in Einklang zu bringen. Die Angehörigen müssen über diese Problematik aufgeklärt werden und Empfehlungen im Umgang mit dem Patienten erhalten.

Weiterhin unterstreicht dieses Ergebnis den Wert von Resozialisierungsmaßnahmen, ohne die psychiatrische Therapie in vielen Fällen nicht zum Erfolg führen kann.

Tab. 32: Bewältigung der Krankheitsfolgen

|                        | Pat. kann sich mit Situation nicht abfinden | Pat. ignoriert Krankheitsfolgen | Pat. hat seine Lage akzeptiert |
|------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Gruppe I:<br>14 (100)  | 6 (43)                                      | 3 (21)                          | 5 (36)                         |
| Gruppe II:<br>34 (100) | 3 ( 9)                                      | 12 (35)                         | 19 (56)                        |
| Summe :<br>48          | 9                                           | 15                              | 24                             |

(56.) Einsicht in die Notwendigkeit des Klinikaufenthalts

Tab. 33: Einsicht in die Notwendigkeit des Klinikaufenthalts

|                        | Patient zeigt Einsicht | Patient zeigt keine Einsicht |
|------------------------|------------------------|------------------------------|
| Gruppe I:<br>15 (100)  | 14 (93)                | 1 ( 7)                       |
| Gruppe II:<br>35 (100) | 27 (77)                | 8 (23)                       |
| Summe :<br>50          | 41                     | 9                            |

25 Patienten hatten der Einweisung von Beginn an ihre Zustimmung gegeben. 16 wurden zwar zwangsweise bzw. als Notfall eingeliefert, zeigten später jedoch Verständnis für ihre stationäre Aufnahme. Gegen ihren Willen und sich nur dem Druck der Umstände fügend, hielten sich neun Patienten in der Klinik auf.

Nur einer der Patienten mit Suizidversuch (Gruppe II: 8) konnte den Sinn seines Klinikaufenthaltes nicht verstehen (Tabelle 33). Die Abweichung zwischen beiden Gruppen ist nicht signifikant.

Man kann das Ergebnis vorsichtig dahingehend interpretieren, daß auf Grund der größeren Krankheitseinsicht in Gruppe I (s. Frage (53.), S.40) auch der Wunsch, etwas gegen die Krankheit zu unternehmen stärker ist als in Gruppe II.

#### (57.) Subjektive Einschätzung der Heilungsaussichten

Tab. 34: Einschätzung der Heilungsaussichten

|                        | Pat. ist sicher,<br>gesund zu sein oder<br>zu werden | Pat. hat noch<br>Hoffnung | Pat. hat Hoff-<br>nung aufgegeben |
|------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| Gruppe I:<br>15 ( 99)  | 2 (13)                                               | 5 (33)                    | 8 (53)                            |
| Gruppe II:<br>35 (100) | 9 (26)                                               | 21 (60)                   | 5 (14)                            |
| Summe<br>50            | : 11                                                 | 26                        | 13                                |

13 Patienten rechneten nicht mehr damit, jemals von ihrer Krankheit freizukommen. Beinahe ebensoviele waren sicher, wieder gesund zu werden oder dies bereits zu sein. Die meisten Patienten gaben sich im Hinblick auf ihre Genesung zuversichtlich bzw. noch hoffnungsvoll.

Von den 13 Patienten, welche die Chancen für ihre Gesundung pessimistisch beurteilten, fanden sich acht in Gruppe I (Tabelle 34). Dies bedeutet, daß die Patienten mit Suizidversuch bezüglich ihres weiteren Krankheitsverlaufs signifikant häufiger resigniert haben.

#### 4.4. Soziale Auswirkungen der Krankheit

##### (58.) Verhalten naher Kontaktpersonen

Das Verhalten ihrer Umwelt beurteilten 30 Patienten als verständnisvoll. Unterschiedliches oder wechselndes Entgegenkommen ihrer Mitmenschen registrierten 13 Patienten. Nur sieben berichteten vor allem von Intoleranz und Ablehnung. Kein Gruppenunterschied.

##### (59.) Streitigkeiten unter den Angehörigen

Zu Hause oder in der Familie von 27 Patienten kam es zu gelegentlichen Auseinandersetzungen. 23 Patienten klagten über häufigen Streit und große Spannungen. Kein Gruppenunterschied.

##### (60.) Selbständigkeit des Patienten

Außer den zehn Patienten, die verheiratet waren, hatten sechs eine eigene Wohnung. Jeweils ein Patient war bei Verwandten oder im Altersheim untergebracht. Alle übrigen Patienten (32 Patienten) lebten noch bei den Eltern.

Eine Pflegschaft war bei sieben Patienten errichtet worden, zwei waren entmündigt.

Etwa die Hälfte der Patienten verwaltete das Geld nicht selbst, sondern ließ finanzielle Angelegenheiten von den Eltern oder der Ehefrau regeln.

Kein Gruppenunterschied.

(61.) Einfluß der Krankheit auf Kontakte

Lediglich 13 Patienten stellten fest, daß sich ihre freundschaftlichen und kameradschaftlichen Kontakte seit der Krankheit nicht oder nur unbedeutend vermindert hätten.

Der Rückzug aus Kontakten war bei den Patienten mit Suizidversuch deutlich häufiger. Von 15 Patienten berichteten 14, daß die Zahl ihrer Bekannten stark zurückgegangen sei oder beinahe alle Verbindungen abgebrochen wären (Tabelle 35). Signifikanz wurde knapp verfehlt.

Tab. 35: Einfluß der Krankheit auf Kontakte

|                        | Kontakte nicht oder<br>wenig beeinträchtigt | Kontakte stark<br>eingeschränkt |
|------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|
| Gruppe I:<br>15 (100)  | 1 ( 7)                                      | 14 (93)                         |
| Gruppe II:<br>35 (100) | 12 (34)                                     | 23 (66)                         |
| Summe :<br>50          | 13                                          | 37                              |

(62.) Rückzug aus Interessen und Hobbies

Die Abnahme der Eigeninitiativen und Interessen war in beiden Gruppen gleich stark. Etwa drei Viertel der Patienten mit Freizeitaktivitäten vor der Krankheit wechselten von einem gemeinschaftlichen zu einem privaten Hobby oder verzichteten auf jegliches Engagement in ihrer Freizeit.

Ebenso wie vor der Erkrankung (s. Frage (22.), S.24) waren die Patienten ohne Suizidversuch häufiger in Gruppen und Vereinen vertreten. Dagegen wußten mehr Patienten mit Suizidversuch nichts mit ihrer Freizeit anzufangen (Tabelle 36). Ein signifikanter Unterschied ergab sich jedoch nicht.

Tab. 36: Freizeitaktivitäten nach der Erkrankung

| Freizeit-<br>aktivitäten | Keine   | Ohne Gemein-<br>schaftskontakt | Mit Gemein-<br>schaftskontakt |
|--------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------|
| Gruppe I :<br>15 (100)   | 10 (67) | 5 (33)                         | -                             |
| Gruppe II :<br>35 (100)  | 15 (43) | 14 (40)                        | 6 (17)                        |
| Summe<br>50              | 25      | 19                             | 6                             |

(63.) Ehe und Partnerschaft

Beinahe die Hälfte der Patienten gab an, noch nie eine Freundin gehabt zu haben. Nach einer Begründung hierfür wurde nicht gefragt. Trotzdem erklärten zwei Patienten, daß sie sich wegen der Krankheit den Anforderungen einer Ehe nicht gewachsen fühlten bzw. Angst vor einer Vererbung auf die Kinder hätten. Die hauptsächliche Ursache dürfte aber in der augenscheinlichen Hemmungen und der Kontaktarmut der Patienten zu suchen sein.

Als Grund für Trennungen bzw. Gefährdungen von Partnerschaften wurde hauptsächlich die Krankheit des Patienten deutlich. Die Freundinnen bzw. Ehefrauen motivierten ihre Distanzierung teilweise ausdrücklich mit diesem Argument. Des öfteren fand sich auch eine "Neuorientierung" der Partnerin während eines stationären Aufenthaltes der Patienten.

Die naheliegende Vermutung, ledige Patienten bzw. Patienten ohne Partnerschaft könnten in besonderem Maße suizidgefährdet sein, bestätigte sich nicht. Dies wurde bereits aus Tabelle 6 (s.S.17) ersichtlich. Patienten, die keine oder nur sehr flüchtige Freundschaften eingegangen waren, erwiesen sich ebenso wie die Patienten, die in einer stabilen Ehe lebten, als weniger suizidgefährdet.

Dagegen konnten Patienten, die eine schwerwiegende und belastende Partnerschaftsproblematik durchlebt hatten vorwiegend in der Gruppe mit Suizidversuch gefunden werden. Dieser Unterschied ist signifikant. Tabelle 37 vermittelt einen Überblick.

Tab. 37: Partnerschaftliche Beziehungen

|                        | Belastende Probleme<br>in einer Partnerschaft | Keine Freundschaft | Stabile Ehe |
|------------------------|-----------------------------------------------|--------------------|-------------|
| Gruppe I:<br>15 (100)  | 11 (73)                                       | 4 (27)             | -           |
| Gruppe II:<br>35 (100) | 10 (29)                                       | 20 (57)            | 5 (14)      |
| Summe<br>50            | 21                                            | 24                 | 5           |

(64.) Dem Patienten nahestehende Personen

Tab. 38: Nahestehende Personen

| Den Patienten haben nach<br>seiner Meinung gern                      | Anzahl der<br>Patienten |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Mutter                                                               | 29                      |
| Vater                                                                | 16                      |
| Geschwister                                                          | 11                      |
| Sonstige Verwandte                                                   | 6                       |
| Eigene Kinder                                                        | 1                       |
| Ehefrau, Freundin                                                    | 7                       |
| Sonstige                                                             | 3                       |
| Personen nur mit großer<br>Einschränkung oder nie-<br>manden benannt | 9                       |
| Summe                                                                | 82                      |

Auf die Frage, wer ihn, den Patienten, denn besonders gern habe, wurden beinahe ausschließlich die Eltern oder sonstige Verwandte angegeben (Tabelle 38). Neuropsychiatrische Patienten konnten nur nach langem Zögern und mit Einschränkung jemanden nennen bzw. gar niemanden finden. Auch diese Frage verdeutlichte damit die starke Bindung der Patienten an das Elternhaus und ihre Vereinsamung. Kein Gruppenunterschied.

#### (65.) Finanzielle Notlage

Vier Patienten befanden sich finanziell nach ihren Angaben in arger Bedrängnis. Kein Gruppenunterschied.

#### (66.) Wege und Möglichkeiten, die der Patient zur Verbesserung seiner Lage sieht

Die meisten Patienten hatten weder die Absicht oder konkrete Pläne, um ihre Verhältnisse zu ändern, sondern ließen die Zukunft einfach auf sich zukommen. Unrealistischen Träumen von Heirat, Wohnung und Studium hingen zwei Patienten nach. Weitere vier glaubten, mit ihrer Entlassung aus der Klinik sei das größte Problem gelöst. Nur sieben Patienten äußerten die Absicht, einen festen Arbeitsplatz zu finden und erkannten dies als Voraussetzung zum Aufbau einer eigenen Existenz. Kein Gruppenunterschied.

#### (67.) Arbeitsbereitschaft

Im Gegensatz zu Frage (66.) meinten direkt angesprochen immerhin 32 Patienten, sie würden gerne arbeiten, wenn sie die Möglichkeit hätten und wieder dazu fähig wären.

Gruppe I zeigte eine etwas größere Arbeitsbereitschaft (Tabelle 39). Keine Signifikanz.

Die stärkere Tendenz der Patienten mit Suizidversuch zur Reintegration in die Arbeitswelt steht in Einklang mit dem Ergebnis von Frage (55.) (s.S.41), daß diese Patienten weniger bereit sind, sich mit ihrer Krankheit und Situation abzufinden.

Tab. 39: Arbeitsbereitschaft

| Arbeitswille : |   | Bejaht  | Verneint |
|----------------|---|---------|----------|
| Gruppe I       | : | 13 (87) | 2 (13)   |
| 15 (100)       |   |         |          |
| Gruppe II      | : | 21 (60) | 14 (40)  |
| 35 (100)       |   |         |          |
| Summe          | : | 34      | 16       |
| 50             |   |         |          |

(68.) Wunsch, von zu Hause wegzukommen

Von 31 Patienten, die bei ihren Eltern wohnten, bejahte nur ein einziger (Gruppe I) die Frage, ob er denn gerne von zu Hause wegziehen würde.

(69.) Gesetzeswidrigkeiten nach Krankheitsbeginn

Gegenüber den prämorbidem Verhältnissen nahmen die Delikte an Schwere wie an Zahl zu. Ein Patient hatte seine Frau getötet, ein anderer hatte seine Frau mit dem Beil lebensgefährlich verletzt. Weiterhin fanden sich Autodiebstahl, Fahrerflucht, unerlaubter Drogenbesitz und in vier Fällen Trunkenheit am Steuer.

(70.) Alkohol- und Drogenanamnese

Erfahrung mit Drogen hatten vier Patienten gemacht. Gewöhnung an Alkohol (entsprechende Mengen von 3 x 0,5 l Bier am Tag und mehr) tag bei 13 Patienten vor. Kein Gruppenunterschied.

4.5. Werthaltungen

(71.) Konfession

In diesem Punkt wurde ein Übergewicht der Patienten ohne Konfession und auch derjenigen mit evangelischem Bekenntnis in Gruppe I erwartet ( 8). Diese Vermutung wurde jedoch nur in der Tendenz bestätigt, wie aus Tabelle 40 zu sehen ist.

Tab. 40: Konfession

|                        | Konfessionslos | Evangelisch | Katholisch |
|------------------------|----------------|-------------|------------|
| Gruppe I:<br>15 (100)  | 1 ( 7)         | 9 (60)      | 5 (33)     |
| Gruppe II:<br>35 (100) | 3 ( 9)         | 15 (43)     | 17 (49)    |
| Summe<br>50            | : 4            | 24          | 22         |

(72.) Bindung an die Konfession

Von 14 Patienten, die Kirche und Glauben stark verbunden waren, hatten nur zwei einen Suizidversuch unternommen (Tabelle 41). Das häufigere enge Verhältnis zur Religion in Gruppe II ist nicht signifikant. Bemerkenswert ist weiterhin, daß 11 der 14 Patienten mit enger religiöser Bindung katholisch waren.

Tab. 41: Bindung an die Konfession

|                        | Für den Pat. hat seine<br>Religion Bedeutung | Dem Pat. ist die<br>Religion egal |
|------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------|
| Gruppe I:<br>15 (100)  | 2 (13)                                       | 13 (87)                           |
| Gruppe II:<br>35 (100) | 12 (34)                                      | 23 (66)                           |
| Summe<br>50            | : 14                                         | 36                                |

(73.) Lebensziel

Die Frage nach dem Lebensziel des Patienten erwies sich als wenig präzise und überflüssig. Einerseits schilderten die Patienten ihre realistischen Zukunftspläne, wie sie bereits in Frage (66.) (s.S.48)

genannt wurden; andererseits nutzten sie die Gelegenheit, ihre Phantasie- und Wunschvorstellungen darzulegen, die aber auch durch Frage (74.) erfaßt werden.

(74.) Wünsche des Patienten

Der Untersucher erkundigte sich danach, war sich der Patient wünschen würde, falls dieser wüßte, seine Bitten würden in Erfüllung gehen.

An erster Stelle rangierten die Begehren nach Gesundheit (13 Pat.), nach einem sicheren und unbeschwerten Familienleben (12 Pat.) und nach Entlassung (11 Pat.).

7 Patienten wollten lediglich viel Geld haben oder Luxusartikel wie Motorrad, Schallplatten etc. besitzen (5 Pat.). Bestimmte Berufe oder Arbeit wünschten sich 6 Patienten.

Für die Unterscheidung zwischen Gesundheit und Entlassung im Sprachgebrauch der Patienten dürfte die Einsicht in Krankheit und Notwendigkeit der Behandlung ausschlaggebend sein. Da insgesamt jeder zweite Patient vordringlich nach Gesundheit oder Entlassung strebte, kann man annehmen, daß die Patienten sehr wohl erkennen, daß ihre Krankheit das größte Hindernis darstellt, um Ziele wie Familie, Wohlstand und Beruf zu erreichen. Kein Gruppenunterschied.

(75.) Welche Tat ist nach Meinung des Patienten am schlimmsten

Die beiden Patienten, die ihre Ehefrau vor der Einlieferung getötet bzw. schwer verletzt hatten, wurden aus Taktgründen nicht gefragt.

Erwartungsgemäß stellte Mord für die meisten Patienten die verwerflichste Tat dar, für jeden vierten jedoch auch Suizid (Mehrfachbenennungen waren möglich).

Das reziproke Verhältnis zwischen Mord und Suizid (s. Frage (46.), S.35) wurde hierbei nicht bestätigt. Nur andeutungsweise ließen die

Patienten mit Suizidversuch eine größere Distanz zu Mord erkennen als die Patienten der Gruppe II (Tabellen 42 und 43)

Tab. 42: Mord ist nach Meinung des Patienten die schlimmste Tat

|                        | Anzahl der<br>Patienten |
|------------------------|-------------------------|
| Gruppe I:<br>15 (100)  | 11 (73)                 |
| Gruppe II:<br>33 (100) | 18 (55)                 |
| Summe :                | 29                      |
| 48                     |                         |

Tab. 43: Suizid ist nach Meinung des Patienten die schlimmste Tat

|                        | Anzahl der<br>Patienten |
|------------------------|-------------------------|
| Gruppe I:<br>15 (100)  | 3 (20)                  |
| Gruppe II:<br>33 (100) | 10 (30)                 |
| Summe :                | 13                      |
| 48                     |                         |

(76.) Glaube an ein Weiterleben nach dem Tod

Analog zu ihrer etwas engeren Bindung an die Religion glaubten die Patienten der Gruppe II auch häufiger an ein Weiterleben nach dem Tod (Tabelle 44). Keine Signifikanz.

Tab. 44: Weiterleben nach dem Tod

|                        | Patient glaubt<br>daran | Patient ist sich<br>nicht sicher | Patient glaubt<br>nicht daran |
|------------------------|-------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| Gruppe I:<br>15 (100)  | 4 (27)                  | 6 (40)                           | 5 (33)                        |
| Gruppe II:<br>35 (100) | 17 (49)                 | 11 (31)                          | 7 (20)                        |
| Summe<br>50            | : 21                    | 17                               | 12                            |

(77.) Wiedersehen mit verstorbenen Verwandten oder Bekannten nach dem Tod

Tab. 45: Wiedersehen mit verstorbenen Bezugspersonen nach dem Tod

|                        | Patient glaubt<br>daran | Patient ist sich<br>nicht sicher | Patient glaubt<br>nicht daran |
|------------------------|-------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| Gruppe I:<br>15 ( 99)  | 2 (13)                  | 5 (33)                           | 8 (53)                        |
| Gruppe II:<br>35 (100) | 10 (29)                 | 13 (37)                          | 12 (34)                       |
| Summe<br>50            | : 12                    | 18                               | 20                            |

Nicht alle Patienten verbanden ihren Glauben an ein Leben nach dem Tod mit der Vorstellung, dann auch verstorbenen Bezugspersonen wiederzutreffen. Patienten, die dies annahmen, waren in Gruppe I seltener (Tabelle 45). Damit konnte die Ansicht nicht bestätigt werden, die Hoffnung auf ein angenehmes und erstrebenswertes Jenseits würde die Suizidalität begünstigen. Keine Signifikanz.

(78.) Suizid eines Bekannten

13 Patienten kannten niemanden, der sich selbst getötet hatte. Von Angehörigen oder nahen Bekannten, die durch Suizid ums Leben gekommen waren, wußten 18 Patienten zu berichten. Beachtlich ist, daß ein Drittel der Suizidanten, die unsere Probanden gut kannten, Mitpatienten waren. Zwei weitere Patienten hatten Suizidversuche von Stationskameraden miterlebt. Kein Gruppenunterschied.

(79.) Hypothetisches Verhalten gegenüber einem Suizidanten

Die überwiegende Mehrzahl der Patienten meinte, sie würde versuchen, den Suizidanten von seiner Tat abzuhalten. Die Patienten mit Suizidversuch zeigten hierbei weniger Entschlossenheit (Tabelle 46). Keine Signifikanz.

Tab. 46: Hypothetisches Verhalten gegenüber einem Suizidanten

|                        | Suizid<br>verhindern | Patient ist<br>unentschlossen | Kein<br>Eingreifen |
|------------------------|----------------------|-------------------------------|--------------------|
| Gruppe I:<br>15 (100)  | 9 (60)               | 3 (20)                        | 3 (20)             |
| Gruppe II:<br>35 (101) | 29 (83)              | 3 ( 9)                        | 3 ( 9)             |
| Summe<br>50            | : 38                 | 6                             | 6                  |

(80.) Argumente und Verhalten, um einen Suizidanten von seinem Vorhaben abzubringen

Eine Übersicht der Antworten gibt Tabelle 47 (Mehrfachbenennung möglich). Suizid ist tabuisiert, "das darf man nicht". Ebensovienig wie von einer Stichprobe aus der Gesamtbevölkerung konnten wir von unseren Patienten in der Regel durchdachte und konsequente Gedankengänge, die gegen Suizid sprechen, erwarten.

Die meisten versuchten, das Tabu dadurch zu begründen, indem sie Bezug auf die Religion nahmen. Andere relativierten die suizidale Situation, indem sie z.B. bessere Zeiten in Aussicht stellten. Nur wenige wollten sich nach den Problemen des Suizidanten erkundigen bzw. auf seine Verantwortung für die Familie hinweisen. Kein Gruppenunterschied.

Tab. 47: Argumente gegen den Suizid eines Anderen

|                                               | Anzahl der<br>Patienten |
|-----------------------------------------------|-------------------------|
| Religiöse Begründung                          | : 10                    |
| "Das darf man nicht"                          | : 7                     |
| "Selbstmord ist dumm"                         | : 13                    |
| "Halte durch, es wird wieder besser"          | : 11                    |
| Patient will Suizidanten mit Gewalt hindern   | : 5                     |
| Arzt oder Pfleger Bescheid geben              | : 4                     |
| Nach den Problemen fragen                     | : 4                     |
| Hinweis auf die Verantwortung für die Familie | : 1                     |
| Summe                                         | : 55                    |

(80a.) Motive, die jemanden zum Suizid führen könnten

Die Frage, welche Gründe nach Meinung des Patienten jemanden veranlassen könnten, sich selbst zu töten, war nicht vorgesehen. Im Verlauf des Interviews wurde dieser Punkt trotzdem bei 20 Patienten angesprochen. Beinahe ausnahmslos wurden Partnerverlust, psychische Erkrankung und hoffnungslose Zukunftsaussichten als Motiv angenommen.

(81.) Frage: "Warum wollen Sie weiterleben?"

Eine überzeugende Antwort auf die Frage, warum er weiterleben wolle, vermochte kaum ein Patient zu geben. Nur drei nannten als Sinn ihres Lebens die Sorge um die eigene Familie. In der Regel wurden allgemeine Formulierungen vorgebracht wie z.B.: "Das Leben ist ein Naturtrieb",

"Das Leben ist trotzdem schön", etc. oder motivierten ihren Lebenswillen mit religiösen Argumenten.

Sechs der Patienten mit Suizidversuch konnten überhaupt nicht erklären, warum sie weiterhin leben wollten. In Gruppe II blieben nur zwei Patienten eine Antwort schuldig (Tabelle 48). Dieser Unterschied ist signifikant.

Tab. 48: "Warum wollen Sie weiterleben"

| Patient kann keine<br>Begründung finden |        |
|-----------------------------------------|--------|
| Gruppe I:                               | 6 (40) |
| 15 (100)                                |        |
| Gruppe II:                              | 2 ( 6) |
| 35 (100)                                |        |
| Summe :                                 | 8      |
| 50                                      |        |

(82.) Frage: "Ist es Ihnen gleichgültig, ob Sie leben oder tot sind?"

Tab. 49: "Ist es Ihnen gleichgültig, ob Sie leben oder tot sind?"

|            | Pat. sagt er wäre<br>gerne tot | Dem Pat. ist es<br>zeitweise egal | Pat. lebt<br>lieber |
|------------|--------------------------------|-----------------------------------|---------------------|
| Gruppe I:  | 3 (20)                         | 6 (40)                            | 6 (40)              |
| 15 (100)   |                                |                                   |                     |
| Gruppe II: | 1 ( 3)                         | 9 (26)                            | 25 (71)             |
| 35 (100)   |                                |                                   |                     |
| Summe :    | 4                              | 15                                | 31                  |
| 50         |                                |                                   |                     |

Analog zu Frage (81.) trat auch hier der verminderte Lebenswille der Patienten aus Gruppe I klar zu Tage. Die Patienten mit Suizidversuch gaben wesentlich öfter zu, daß sie gerne tot wären oder ihnen dies zumindest zeitweise gleichgültig sei. Signifikanz wurde knapp verfehlt.

#### 4.6. Suizidalität

##### (83.) Ausmaß der Suizidtendenzen

Wie eingangs (s.3.5., S.12) erwähnt, umfaßte unsere Untersuchung 15 Patienten mit Suizidversuch, 32 Patienten mit unterschiedlich ernsten Suizidgedanken und nur drei Patienten ohne suizidale Problematik. Diese drei Patienten werden deshalb bei manchen Fragestellungen in diesem Abschnitt (4.6., S.57) statistisch nicht berücksichtigt. Bei entsprechenden Fragen wird nochmals darauf hingewiesen.

Ohne weiteres darf die hohe Suizidalität bei unseren Patienten nicht auf die Gesamtheit der an Schizophrenie erkrankten Personen übertragen werden: Die Entscheidung über eine stationäre Aufnahme wird zum Teil auch von Grad der Selbstgefährdung mitbestimmt.

##### (84.) Suizidmethoden und -pläne

Vergleicht man die Suizidpläne aus Gruppe II mit den tatsächlich von den Patienten aus Gruppe I angewandten Methoden, ergibt sich, daß die sogenannten harten und sicheren Verfahren zwar projiziert werden, bei der konkreten Ausführung jedoch kalkulierbarere und weniger gefährliche Methoden den Vorzug erhalten (Tabellen 50 und 51).

Berücksichtigt man die bei schizophrenen Erkrankungen hohen Suizidraten, ist der tatsächliche Anteil der unentschlossenen und wenig ernsthaften Suizidversuche niedriger anzusetzen als in unserer Untersuchung. Trotzdem sind diese "inkonsequenten" Suizidversuche als Ausdruck der Ambivalenz des Patienten zu verstehen. Suizidales Verhalten ist nicht einfach Krankheitssymptom, sondern muß auch als Appell des Patienten an seine Umwelt gewertet werden.

Tab. 50: Bei den Suizidversuchen angewandte Methoden

|                                                                   | Anzahl der<br>Suizidversuche |           |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------|
| Hypnotika, Neuroleptika                                           | : 12                         |           |
| Pulsadern eröffnen                                                | : 5                          | <u>19</u> |
| Sprung von Brücke in kleinen Fluß                                 | : 2                          |           |
| <hr/>                                                             |                              |           |
| Ertränken (Pat. schwamm ins Meer<br>hinaus und wurde aufgefischt) | : 1                          |           |
| Erhängen                                                          | : 2                          |           |
| Mit dem Henkel eines Eimers den<br>Hals aufgerissen               | : 1                          | <u>6</u>  |
| Hypnotika + Alkohol + Autoabgase                                  | : 1                          |           |
| Erschießen                                                        | : 1                          |           |
| <hr/>                                                             |                              |           |
| Summe der Suizidversuche                                          | : 25                         |           |

Tab. 51: Vorstellungen von Suizidmethoden in Gruppe II  
(Mehrfachbenennungen möglich)

|                           | Anzahl der<br>Benennungen |           |
|---------------------------|---------------------------|-----------|
| Pulsadern eröffnen        | : 3                       |           |
| Tabletten                 | : 1                       | <u>4</u>  |
| <hr/>                     |                           |           |
| Erhängen                  | : 8                       |           |
| Erschießen                | : 4                       |           |
| Vom Zug überfahren lassen | : 4                       | <u>18</u> |
| An einen Baum fahren      | : 1                       |           |
| Aus dem Fenster springen  | : 1                       |           |
| <hr/>                     |                           |           |
| Summe                     | : 22                      |           |

(85.) Anzahl der Suizidversuche pro Patient

Nur zwei Patienten der Gruppe I hatten mehr als zwei (3 bzw. 5) Suizidversuche unternommen. Bei neun Patienten wurden jeweils ein, bei vier jeweils zwei Suizidversuche gezählt.

(86.) Wahrscheinlichkeit, rechtzeitig entdeckt zu werden

Von den insgesamt 25 Suizidversuchen waren neun so geplant, daß die Patienten notwendigerweise gesucht oder bald aufgefunden wurden. Die Möglichkeit eines Eingreifens von außenstehenden Personen war bei sechs Versuchen gegeben. In zehn Fällen war eine Intervention von Dritten unwahrscheinlich. Zwei Suizidversuche wurden in der Klinik ausgeführt.

(87.) Gefährlichkeit des Suizidversuchs

Als zweifelsfrei ernsthaft und auch gefährlich konnten nur drei Suizidversuche eingestuft werden:

Ein Patient wollte sich auf dem Dachboden des Hauses seiner Eltern erhängen (Explorationsnr. 38). Es löste sich aber der Knoten, mit dem er den Strick am Balken befestigt hatte. Zum Zeitpunkt der Exploration hatte der Patient noch eine etwa 1 cm breite Strangulationsmarke rund um den Hals und Hyposphagma.

Von der Entschiedenheit eines Patienten, der sich in der Klinik mit dem Henkel eines Eimers den Hals aufgerissen hatte (Explorationsnr. 35), zeugte noch eine etwa 15 cm lange Narbe.

Nach Alkoholgenuß war der dritte Patient (Explorationsnr. 42) mit seinem Freund in den Wald gefahren. Nachdem jeder etwa 40 Schlaftabletten genommen hatte, leiteten sie noch die Autoabgase ins Wageninnere. Da sie - eventuell ausgelöst durch Abgase und Alkohol - erbrachen und offensichtlich auch in der Ableitung der Abgase ein Fehler unterlaufen war, kamen beide nach etwa 24 Stunden wieder zu sich. Dieser Patient war der einzige, der den Suizid nicht alleine, sondern zusammen mit einem Freund ausführen wollte.

Der Ausgang von zehn Suizidversuchen mußte als fraglich oder offen beurteilt werden, die Hälfte (zwölf) erschien als wenig gefährlich.

#### (88.) Alkohol und Suizidalität

Während nur ein Patient ohne Suizidversuch berichtete, er neige unter Alkoholeinfluß zu Suizidgedanken, hatten drei von Gruppe I den Suizidversuch nach Genuß von Alkohol ausgeführt.

Dies bestätigt die bekannte Tatsache, daß Alkohol gerne benützt wird, um die Angst vor der Suizidhandlung abzubauen und sich den "nötigen Mut anzutrinken".

#### (89.) Zeitspanne zwischen Suizidgedanken, -entschluß und -handlung

Diese Frage konnte nur 13 der 15 Patienten mit Suizidversuch gestellt werden, da zwei ihren im Krankenblatt vermerkten Suizidversuch nicht eingestehen wollten.

Generell konnte beobachtet werden, daß die Zeit, die ein Patient benötigt, um einen Entschluß zu fassen und ihn in die Tat umzusetzen, in etwa konstant bleibt, wenn er mehrere Suizidversuche unternimmt.

Acht Patienten hatten jeweils nicht länger als einen Tag lang überlegt. Ein Patient z.B. hatte - einem unmittelbaren Drang folgend - nachts in der Klinik versucht, mit Zähnen und Fingernägeln die Pulsadern zu öffnen. Zwei erzählten, sie hätten sich in weniger als einer Stunde entschieden und die Tat gleich ausgeführt. Auch der Patient mit fünf Suizidversuchen berichtete, er habe immer ziemlich spontan gehandelt.

Die für die Schizophrenie typischen unvermittelten und impulsiven Suizidhandlungen konnten also auch bei unseren Patienten gefunden werden.

Vier Patienten teilten mit, daß bei ihnen der Entschluß über mehrere Wochen hinweg reifte und die Suizidhandlung ebenfalls erst einige Wochen nach der Entscheidung ausgeführt wurde. Bei einem weiteren Patienten stand die Suizidabsicht nach einigen Tagen fest; einen Tag später verwirklichte er bereits seinen Plan.

(90.) Motive für den Suizidversuch bzw. die Suizidgedanken

Tab. 52: Suizidmotive

|                                                                        | Anzahl der Patienten |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Direkter Einfluß der Krankheitssymptomatik                             | : 17                 |
| <i>Verwirrung durch die neue, ungewohnte psychotische Situation</i>    | : 7                  |
| <i>Imperative Stimmen, die zu Suizid drängen</i>                       | : 7                  |
| <i>Sonstige Krankheitssymptome</i>                                     | : 7                  |
| Störungen im Verhältnis zu täglichen Bezugspersonen                    | : 11                 |
| <i>Patient fühlt sich von der Umwelt isoliert und nicht akzeptiert</i> | : 8                  |
| <i>Die Angehörigen erkannten nicht, wie schlecht es dem Pat. ging</i>  | : 3                  |
| <i>Streit mit naher Bezugsperson (nicht Partner)</i>                   | : 2                  |
| Partnerverlust                                                         | : 12                 |
| Depressive Stimmung                                                    | : 8                  |
| Einweisung bzw. Angst, nicht entlassen zu werden                       | : 9                  |
| Angst, nicht gesund zu werden und dadurch im Leben zu scheitern        | : 3                  |
| Erpressungsabsichten                                                   | : 5                  |
| Sonstiges                                                              | : 7                  |
| Summe                                                                  | : 72                 |

Anmerkung zu Tabelle 52: Die unter den ersten beiden Oberbegriffen (Direkter Einfluß der Krankheitssymptomatik und Gestörtes Verhältnis zu täglichen Bezugspersonen) angegebene Anzahl von Patienten ist auf Grund von Doppelbenennungen kleiner als die Summe der jeweiligen Einzelantworten.

Auf die Frage nach den Motiven für die Suizidversuche bzw. Suizidgedanken und -pläne wurden die in Tabelle 52 zusammengestellten Gründe genannt. Die Zahl der Antworten bezieht sich auf insgesamt 45 Personen (Gruppe I: 14; Gruppe II: 31). Bei den drei Patienten ohne Suizidgedanken erübrigte sich die Fragestellung, jeweils ein weiterer Patient aus beiden Gruppen wußte keine Antwort zu geben.

(90a.) Direkter Einfluß der Krankheitssymptomatik als Suizidmotiv

Tab. 52a: Direkter Einfluß der Krankheitssymptomatik als Suizidmotiv

|                        | Anzahl der<br>Patienten |
|------------------------|-------------------------|
| Gruppe I:<br>14 (100)  | 5 (36)                  |
| Gruppe II:<br>31 (100) | 12 (39)                 |
| Summe<br>45            | : 17                    |

In beiden Gruppen wurde die psychotische Krankheitssymptomatik gleich häufig als Motiv angeführt. Dazu zählten die Verwirrung durch die neue und ungewohnte psychotische Situation, imperative Stimmen, die zum Suizid drängten und die chronische Belastung durch andere Krankheitssymptome wie z.B. quälende Halluzinationen, Verfolgungswahn, Unruhe, Schlafstörungen.

(90b.) Störungen im Verhältnis zu täglichen Bezugspersonen als Suizidmotiv

Bereits in vorangegangenen Fragen leuchtete die größere bzw. deutlicher empfundene soziale Isolierung der Patienten mit Suizidversuch auf (Einsamkeitsgefühle (s. Frage (45.), S.35), Einfluß der Krankheit auf Kontakte (s. Frage (61.), S.45), Freizeitgestaltung (s. Fra-

ge (22.), S.24, sowie Frage (62.), S.45). Dies steht in Einklang mit der Tatsache, daß vor allem diese Patienten Störungen im Verhältnis zu täglichen Bezugspersonen als Motiv für ihre Suizidalität nennen (Tabelle 52b). Keine Signifikanz.

Tab. 52b: Störungen im Verhältnis zu täglichen Bezugspersonen als Suizidmotiv

| Anzahl der Patienten |        |
|----------------------|--------|
| Gruppe I:            | 6 (43) |
| 14 (100)             |        |
| Gruppe II:           | 5 (16) |
| 31 (100)             |        |
| Summe :              | 11     |
| 45                   |        |

(90c.) Partnerverlust als Suizidmotiv

Tab. 52c: Partnerverlust als Suizidmotiv

| Anzahl der Patienten |        |
|----------------------|--------|
| Gruppe I:            | 7 (50) |
| 14 (100)             |        |
| Gruppe II:           | 5 (16) |
| 31 (100)             |        |
| Summe :              | 12     |
| 45                   |        |

Partnerverlust nannten die Patienten mit Suizidversuch signifikant häufiger als Suizidmotiv (Tabelle 53c). Dieses Ergebnis steht in Einklang mit den zahlreicheren Partnerschaftsproblemen in Gruppe I

(s. Frage (63.), S.46) und den stabileren familiären Bindungen in Gruppe II (s. die Fragen ( 5.), S.17, ( 8.), S.18 und (19.), S.23).

(90d.) Depressive Stimmung als Suizidmotiv

Die Patienten mit Suizidversuch hatten signifikant häufiger als die Patienten der Gruppe II unter Depressionen (s. Frage (33.), S.30) und Stimmungsschwankungen (s. Frage (38.), S.32) zu leiden. Trotzdem sahen sie depressive Stimmungen kaum als Auslöser für ihre Suizidversuche an (Tabelle 52d). Die Ursache mag darin liegen, daß sie ihre Niedergeschlagenheit nicht als Motiv akzeptieren. Statt dessen suchen sie nach einem Grund für die Depression.

Tab. 52d: Depressive Stimmung als Suizidmotiv

|            |        | Anzahl der<br>Patienten |
|------------|--------|-------------------------|
| <hr/>      |        |                         |
| Gruppe I:  | 3 (21) |                         |
| 14 (100)   |        |                         |
| <hr/>      |        |                         |
| Gruppe II: | 5 (16) |                         |
| 31 (100)   |        |                         |
| <hr/>      |        |                         |
| Summe      | :      | 8                       |
| 45         |        |                         |

(90e.) Stationäre Einweisung als Suizidmotiv

Entsprechend dem meist nur anfänglichen Widerstand gegen eine stationäre Einweisung und der Aussicht auf Entlassung führte eine Klinikaufnahme vor allem zu Suizidgedanken und nicht zu ernsthaften Suizidversuchen (Tabelle 52e). Der Unterschied ist signifikant.

Tab. 52e: Stationäre Einweisung als Suizidmotiv

|            |   | Anzahl der<br>Patienten |
|------------|---|-------------------------|
| <hr/>      |   |                         |
| Gruppe I:  | - |                         |
| 14         |   |                         |
| <hr/>      |   |                         |
| Gruppe II: | 9 |                         |
| 31         |   |                         |
| <hr/>      |   |                         |
| Summe      | : | 9                       |
| 45         |   |                         |

(91.) Gründe, die den Patienten von seiner Tat abhielten bzw. abhalten hätten können

Tabelle 53 veranschaulicht die verschiedenen Antworten und ihre Häufigkeit. Vier Patienten (Gruppe I: 1; Gruppe II: 3) wußten keine entsprechenden Motive zu nennen.

Wie bei Tabelle 52 (S.61) ist die hinter den Oberbegriffen angegebene Anzahl von Patienten auf Grund von Doppelbenennungen kleiner als die Summe der jeweiligen Einzelantworten.

(91a.) Moralische Gründe als Motiv gegen Suizid

Wie schon bei den Fragen nach Konfession (s. Frage (71.), S.49) und Bindung an die Religion (s. Frage (72.), S.50) zeichnete sich auch hier nur ein Trend zu engerer Verbundenheit mit religiösen Normen und traditioneller Moral bei den Patienten ohne Suizidversuch ab (Tabelle 53a).

Tab. 53: Gründe gegen Suizid

|                                                   | Anzahl der Patienten |
|---------------------------------------------------|----------------------|
| Moralische Gründe                                 | : 18                 |
| Religiöse Begründung                              | : 16                 |
| "Selbstmord darf man nicht machen"                | : 3                  |
| Enge menschliche Bindung                          | : 14                 |
| "Freund oder Vater, der für mich da ist"          | : 5                  |
| Harmonische Partnerschaft                         | : 6                  |
| Sorge und Verantwortung für die Familie           | : 5                  |
| Positive Gesamtbilanz, Grundeinstellung zum Leben | : 14                 |
| "Selbstmord wäre eine Dummheit"                   | : 7                  |
| "Das Leben ist trotzdem schön"                    | : 8                  |
| "Ich hätte nicht den Mut dazu"                    | : 8                  |
| Arbeit und Wohnung                                | : 2                  |
| Gesundheit                                        | : 3                  |
| Entlassung                                        | : 1                  |
| Die Klinik ist für den Patienten ein Zufluchtsort | : 3                  |
| Schande für die Hinterbliebenen oder sich selbst  | : 6                  |
| Führerschein, Motorrad                            | : 1                  |
| Summe                                             | : 70                 |

Tab. 53a: Moralische Gründe als Motiv gegen Suizid

|            | Anzahl der Patienten |
|------------|----------------------|
| Gruppe I:  | 4 (29)               |
| 14 (100)   |                      |
| Gruppe II: | 14 (44)              |
| 32 (100)   |                      |
| Summe      | : 18                 |
| 46         |                      |

(91b.) Enge menschliche Bindung als Motiv gegen Suizid

Als Voraussetzung, unter der sie wahrscheinlich von ihrem Suizid Abstand genommen hätten, nannten acht Patienten der Gruppe I eine oder mehrere Formen von enger zwischenmenschlicher Gemeinschaft. In diese Kategorie ordneten wir ein: 1. Einen nahen Freund oder Vater, der eine zuverlässige Vertrauensperson für den Patienten darstellen würde; 2. Eine intakte Partnerschaft und 3. Verantwortung und Sorge für die eigene Familie.

Entsprechende Begründungen waren nur für sechs Patienten der Gruppe II als Motiv gegen einen Suizid ausschlaggebend (Tabelle 53b).

Dieser Unterschied zwischen beiden Gruppen ist signifikant. Somit scheinen jene Patienten besonders suizidgefährdet, die das Schwinden von Zuwendung und Kontakten wirklich als Verlust empfinden.

Tab. 53b: Enge menschliche Gemeinschaft als Motiv gegen Suizid

|            | Anzahl der<br>Patienten |
|------------|-------------------------|
| Gruppe I:  | 8 (57)                  |
| 14 (100)   |                         |
| Gruppe II: | 6 (19)                  |
| 32 (100)   |                         |
| Summe      | : 14                    |
| 46         |                         |

(91c.) Positive Grundeinstellung zum Leben als Motiv gegen Suizid

Die Patienten aus Gruppe II sahen ihr Leben erstrebenswerter und erfreulicher an als die Patienten mit Suizidversuch. Sie signalisierten eine insgesamt noch positive Grundeinstellung zum Leben, indem sie Suizid als "Dummheit" bezeichneten und das Leben trotz allem noch schön fanden (Tabelle 53c). Dieser Unterschied zwischen beiden Gruppen ist signifikant.

In diesem Zusammenhang sei daran erinnert, daß die Patienten mit Suizidversuch auch häufiger Depressionen (s. Frage (33.), S.30) und Stimmungsschwankungen (s. Frage (38.), S.32) angegeben hatten.

Tab. 53c: Positive Grundeinstellung zum Leben als Grund gegen Suizid

| Anzahl der Patienten |         |
|----------------------|---------|
| Gruppe I:            | 1 ( 7 ) |
| 14 (100)             |         |
| Gruppe II:           | 13 (41) |
| 32 (100)             |         |
| Summe :              | 14      |
| 46                   |         |

(91d.) Mangelnder Mut als Grund gegen Suizid

Tab. 53d: Mangelnder Mut als Grund gegen Suizid

| Anzahl der Patienten |        |
|----------------------|--------|
| Gruppe I:            | -      |
| 14 (100)             |        |
| Gruppe II:           | 8 (25) |
| 32 (100)             |        |
| Summe :              | 8      |
| 46                   |        |

Mangelnden Mut als Hinderungsgrund für einen Suizid machten nur Patienten aus Gruppe II geltend. Es ist offensichtlich, daß diese Frage deshalb noch nicht als Bewertungskriterium für die Suizidalität eines Patienten herangezogen werden darf. Die Einschätzung des eigenen Mutes zum Suizid ist abhängig davon, ob der Patient bereits einen Suizidversuch unternommen hat.

#### (92.) Erkrankungsdauer und Suizidalität

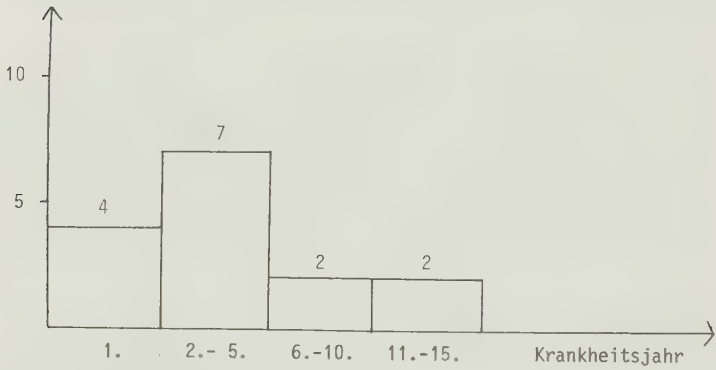
In Bezug auf die Dauer der Erkrankung wurde der Zeitpunkt des ersten Suizidversuchs in Gruppe I mit dem ersten Auftreten von Suizidgedanken in Gruppe II verglichen. Allerdings konnten nur 18 Patienten der Gruppe II ihre Suizidalität zeitlich lokalisieren. Acht weitere berichteten von ständigen oder immer wiederkehrenden Suizidgedanken, sechs vermochten den Zeitraum nicht festzulegen.

Neun Patienten aus Gruppe II datierten ihre Suizidtendenzen ausschließlich ins erste Krankheitsjahr. Dagegen wurden die Suizidversuche in Gruppe I meist erst nach mehreren Jahren Krankheit ausgeführt (Tabellen 54 und 55). Keine Signifikanz.

Unter Vorbehalt darf trotzdem folgende Hypothese formuliert werden: Besonders im ersten Jahr der Erkrankung sind bei Schizophrenie Suizidtendenzen zu erwarten. In den folgenden Jahren nimmt die Anzahl der Suizidtendenzen zwar deutlich ab, dafür steigt der Anteil der Patienten mit ernsthafteren Suizidabsichten.

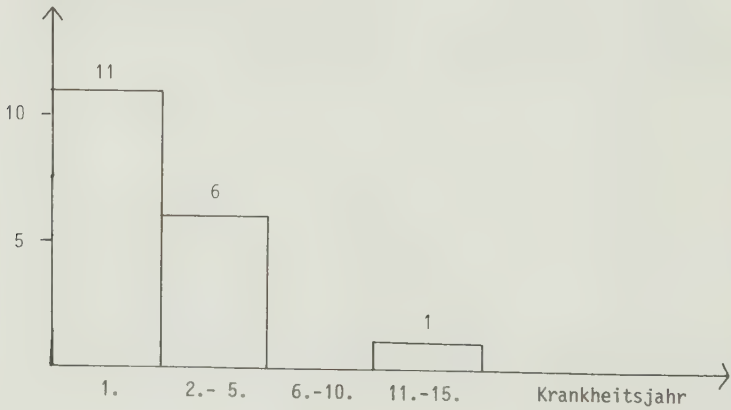
Tab. 54: Zeitpunkt (Erkrankungsdauer) des ersten Suizidversuchs  
Gruppe I

Anzahl der  
Patienten



Tab. 55: Zeitpunkt (Erkrankungsdauer) der ersten Suizidgedanken  
Gruppe II

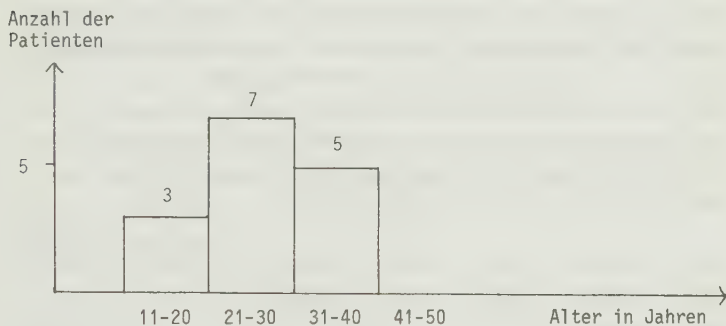
Anzahl der  
Patienten



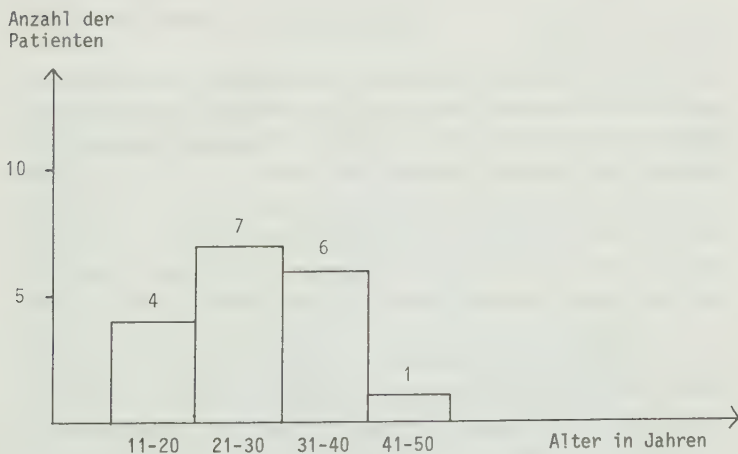
(93.) Alter und Suizidalität

Analog zu Frage (92.) wurde das Alter beim ersten Suizidversuch in Gruppe I mit dem Alter beim ersten Auftreten von Suizidgedanken in Gruppe II verglichen. In beiden Gruppen ergab sich eine ähnliche Verteilung (Tabellen 56 und 57).

Tab. 56: Zeitpunkt (Alter) des ersten Suizidversuchs Gruppe I



Tab. 57: Zeitpunkt (Alter) der ersten Suizidgedanken Gruppe II



Somit konnte im Gegensatz zu Manifestationsalter (s. Frage (25.), S.26) und Krankheitsdauer (s. Frage (92.), S.69) keine Korrelation zwischen Alter und Suizidalität festgestellt werden. Dies unterstreicht nochmals den entscheidenden Einfluß der Krankheit bzw. der beruflichen und privaten Krankheitsfolgen auf die Suizidalität.

(94.) Auftreten der Suizidtendenzen im Schub bzw. Intervall

Eine Entscheidung war in dieser Frage oft nur schwer oder gar nicht möglich. Zeitliche Zusammenhänge ließen sich bei länger zurückliegenden Suizidtendenzen nur vage rekonstruieren. Klinikeinweisungen ließen sich als Anhaltspunkt für einen floriden Schub nicht verwenden, da durchaus nicht jeder Patient mit akuter Symptomatik zur Aufnahme gelangt. Andererseits werden aber Patienten nach Suizidversuchen oder -drohungen stationär eingeliefert, deren Verhalten eher situativ bedingt ist als durch eine Aktivierung der Psychose.

Ein Auftreten der Suizidtendenzen im akuten Schub konnte dennoch bei vier Patienten der Gruppe I und bei neun Patienten der Gruppe II angenommen werden. Ein Unterschied zwischen beiden Gruppen ergab sich somit nicht.

(95.) Krankheitseinsicht zum Zeitpunkt des Suizidversuchs bzw. der Suizidgedanken

Von den 15 Patienten mit Suizidversuch berichteten vier, daß sie sich in der Zeit vor dem Versuch sehr wohl ihrer Krankheit bewußt waren. Für die Zeit, in der sie sich mit Suizidgedanken trugen, bestätigten dies nur drei Patienten aus Gruppe II.

(96.) Auslösesituationen für die Suizidalität

Partnerkonflikte, Verlust von Arbeitsplatz oder Lehrstelle oder finanzielle Schwierigkeiten gingen bei 18 Patienten dem Suizidversuch bzw. den Gedanken unmittelbar voraus.

Es muß also auch auf Grund dieses Ergebnisses angenommen werden, daß ein beachtlicher Teil der suizidalen Tendenzen bei schizophrenen Erkrankungen seine Ursache in den sozialen und persönlichen Lebensum-

ständen findet. Die Möglichkeiten, Konflikte zu bearbeiten und zu bewältigen sind bei psychisch Kranken eingeschränkt; zugleich sind sie häufiger als Gesunde mit Konfliktsituationen konfrontiert.

Bei den Patienten mit Suizidversuch fanden sich häufiger derartige Auslösesituationen. Die Signifikanzschränke wurde knapp verfehlt. Tabelle 58 gibt einen Überblick. Die drei Patienten ohne suizidale Problematik sind darin nicht berücksichtigt.

Tab. 58: Unmittelbarer zeitlicher Zusammenhang zwischen Konflikt und suizidalen Tendenzen

|            | Partnerschafts-<br>probleme | Verlust von Arbeit,<br>Lehrstelle, finanzi-<br>elle Schwierigkeiten | Auslöser<br>insgesamt |
|------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Gruppe I:  | 6 (40)                      | 3 (20)                                                              | 9 (60)                |
| 15 (100)   |                             |                                                                     |                       |
| Gruppe II: | 7 (22)                      | 2 ( 6)                                                              | 9 (28)                |
| 32 (100)   |                             |                                                                     |                       |
| Summe      | : 13                        | 5                                                                   | 18                    |
| 47         |                             |                                                                     |                       |

Diesem Ergebnis kann nur bedingte Bedeutung beigemessen werden, da auf Grund des einschneidenden Erlebnisses eines Suizidversuchs eher als bei bloßen Suizidgedanken nach plausiblen Erklärungen gesucht wird. Bedenkt man aber die bei den Patienten mit Suizidversuch signifikant verminderte Fähigkeit, sich mit der Krankheit und deren Konsequenzen zu arrangieren (s. Frage (55.), S.41), so erscheint die erhöhte Anfälligkeit für derartige "Auslöser" durchaus verständlich.

(97.) Bewußtseinsklarheit zum Zeitpunkt des Suizidversuchs

12 der 15 Patienten aus Gruppe I schilderten, daß sie zur Zeit des Suizidversuchs den Eindruck hatten, nicht mehr klar denken zu können und den Überblick verloren zu haben. Die Mehrzahl der Patienten erfaßt oder erahnt also sehr wohl die Situation der Einengung (42), in

der sie sich befinden. In diesem Zusammenhang sei auch an das signifikant gehäufte Vorkommen von formalen Denkstörungen (s. Frage (32.), S.30) bei den Patienten mit Suizidversuch erinnert.

Dieses Ergebnis unterstreicht die Verpflichtung von entschiedenem Vorgehen bei akuter Suizidgefährdung. Der reiflich überlegte und nach klarer und bewußter Entscheidung unternommene Suizid ist bei schizophrenen Erkrankungen sicher die Ausnahme.

(98.) Erträglichkeit des Lebens durch Möglichkeit zum Suizid  
Etwa jeder fünfte Patient bestätigte, daß ihm das Wissen, sich jederzeit das Leben nehmen zu können, dieses Leben erleichtere. Kein Gruppenunterschied.

(99.) Mitteilung der eigenen Suizidgedanken  
Tabelle 59 nennt die von den Patienten auf ihre Suizidproblematik hingewiesenen Personengruppen.

Tab. 59: Auf die Suizidproblematik hingewiesene Personengruppen

|                    | Anzahl der<br>Patienten |
|--------------------|-------------------------|
| Eltern, Angehörige | : 9                     |
| Frau, Freundin     | : 10                    |
| Arzt, Psychologe   | : 3                     |
| Kirchliche Stellen | : 1                     |
| Telefonseelsorge   | : -                     |
| Kollegen           | : 1                     |
| Summe              | : 24                    |

18 Patienten, also nur jeder Dritte, hatten durch Ansprechen der Thematik oder durch Suiziddrohungen auf sich aufmerksam gemacht. Angesichts der bei schizophrenen Erkrankungen überaus häufig anzu-

treffenden Suizidalität ist es deshalb unerlässlich, bei jedem Patienten diese Frage anzuschneiden.

Trotz der in Gruppe I ausgeprägteren Suizidtendenzen, teilten hier die Patienten ihrer Umwelt nicht häufiger von ihren Gedanken mit.

(100.) Potentielle Ansprechpartner bei suizidalen Tendenzen

22 Patienten konnten sich niemanden vorstellen, an den sie sich vertrauensvoll bei Wiederauftreten ihrer Suizidproblematik wenden würden. Die übrigen Patienten gaben - im Gegensatz zu den tatsächlich zu Rate gezogenen Personen - in wesentlich stärkerem Ausmaß Ärzte, Psychologen und Seelsorger als mögliche Hilfsstationen an (Tabelle 60).

Die Bereitschaft, mit dem Arzt über die Suizidproblematik zu sprechen ist also vorhanden. Dennoch scheuen sich die meisten Patienten, dieses Thema anzuschneiden. Deshalb muß der Arzt von sich aus gezielt nach Suizidtendenzen fahnden.

Tab. 60: "Wen würden Sie bei Suizidgedanken zu Rate ziehen?"

|                    | Anzahl der<br>Patienten |
|--------------------|-------------------------|
| Eltern, Angehörige | : 8                     |
| Frau, Freundin     | : 9                     |
| Arzt, Psychologe   | : 11                    |
| Kirchliche Stellen | : 6                     |
| Telefonseelsorge   | : 2                     |
| Kollegen           | : 1                     |
| Polizei            | : 1                     |
| Summe              | : 38                    |

Als beinahe unbekannt - vermutlich bedingt durch den ländlichen Einzugsbereich - entpuppte sich die Existenz der Telefonseelsorge. Vor allem, wenn der Patient aus Furcht, stationär eingeliefert zu werden, nicht den Arzt aufsucht, kann die Telefonseelsorge gute Vermittlerdienste leisten. Es erscheint daher angebracht, die Patienten im Gespräch oder durch Aushang auf Station oder im Wartezimmer auf diese Möglichkeit aufmerksam zu machen.

An dieser Stelle sei auf die Dissimulationstendenz hingewiesen, die dem Arzt bei Patienten begegnet, die bereits Erfahrung mit psychiatrischer Therapie und den dazugehörenden Institutionen gesammelt haben. Sie kennen die Spielregeln und sind dadurch imstande, Äußerungen und Verhalten einzusetzen, um unerwünschte therapeutische Maßnahmen zu vermeiden oder Vorteile zu erreichen. Als Beispiel seien zwei Patienten angeführt:

Einer (Explorationsnr. 1) bat den Untersucher, dem Pfleger oder Arzt nichts von seiner neuerlichen Niedergeschlagenheit und den Suiziddanken zu erzählen, damit er nicht auf eine strengere Station komme.

Des weiteren war der Suizidversuch des Patienten (Explorationsnr. 42), der sich zusammen mit einem Freund durch Schlaftabletten, Alkohol und Autoabgase das Leben nehmen wollte, nicht im Krankenblatt vermerkt. Auch der Stationsarzt wußte nicht Bescheid. Dem Untersucher erzählte der Patient unter dem strengen Siegel der Verschwiegenheit. Die behandelnden Ärzte sollten nichts von seinem Suizidversuch erfahren. Er befürchtete nämlich, daß hierdurch seine Entlassung verzögert oder gefährdet werden könnte.

#### (101.) Suche nach Rat und Unterstützung

Von den 15 Patienten der Gruppe I hatten sieben durch Andeutungen oder Drohungen auf ihre Suizidproblematik aufmerksam gemacht. Nur einer dieser sieben Patienten hatte sich direkt an jemanden mit der Bitte um Rat und Beistand gewandt. Sechs Patienten mit Suizidversuch meinten, sie hätten dringend Hilfe gebraucht, jedoch niemanden darum gebeten.

Von den Patienten ohne Suizidversuch hatten drei bei ihrer Frau, zwei bei nahen Verwandten wegen der Suizidneigungen um Rat gefragt. Zwei meinten, sie hätten Hilfe nötig gehabt, jedoch deswegen niemanden angesprochen.

Die stärker suizidgefährdeten Patienten verspüren somit mehr Bedürfnis nach Unterstützung. Gleichzeitig sind sie gehemmter und zurückhaltender, wenn es darum geht, die eigenen Probleme anderen mitzuteilen. Dementsprechend sind die Patienten, die gerne jemanden um Hilfe gebeten hätten, in Gruppe I signifikant häufiger vertreten. Einen Überblick gibt Tabelle 61. Die drei Patienten ohne suizidale Problematik sind nicht berücksichtigt.

Tab. 61: Suche nach Rat und Unterstützung

|                        | Pat. fragt jemanden um Rat | Pat. fragte niemanden um Rat | Pat. hätte gerne jemanden um Hilfe gebeten |
|------------------------|----------------------------|------------------------------|--------------------------------------------|
| Gruppe I:<br>15 (100)  | 1 ( 7)                     | 8 (53)                       | 6 (40)                                     |
| Gruppe II:<br>32 (100) | 5 (16)                     | 25 (78)                      | 2 ( 6)                                     |
| Summe<br>47            | : 6                        | 33                           | 8                                          |

(102.) Ankündigung des Suizidversuchs

Kein Patient kündigte seinen Suizidversuch mit Bestimmtheit an. Sieben Patienten ließen durch Verhalten und Andeutungen bzw. Drohungen ein solches Handeln erwarten.

(103.) Abschiedsbriefe

Einen Abschiedsbrief hatten zwei Patienten verfaßt, einer konnte sich noch an den Inhalt erinnern. An seine Eltern hatte er geschrieben, sie sollten alles nicht so ernst nehmen.

(104.) Wertet der Patient das Mißlingen des Suizids als Zeichen, weiterleben zu sollen?

Nur ein Patient interpretierte den gescheiterten Suizid als Zeichen, daß es für ihn richtig sei, weiterzuleben.

(105.) Reaktion der Umwelt auf den Suizidversuch

Sieben Patienten registrierten nach dem Suizidversuch mehr Zuwendung und Nachgiebigkeit von seiten der Angehörigen. Jedoch hatten die Angehörigen von zwei Patienten mit der Zeit resigniert und die Suizidgefahr als gegeben akzeptiert. Die gesteigerte Aufmerksamkeit und Fürsorge beinhaltete nur bei drei Patienten, daß mit ihnen auch über die Suizidproblematik gesprochen wurde.

## 5. Diskussion

### 5.1. Erscheinungsform der Suizidalität bei Schizophrenie

#### 5.1.1. Allgemeines

Unsere Untersuchung bestätigte das hohe Suizidrisiko bei Schizophrenie (s. Frage (83.), S.57). 15 Patienten von insgesamt 50 hatten einen oder mehrere Suizidversuche unternommen. In der Literatur wird der Anteil der Patienten mit Suizidversuch zwischen 13% ( 1) und 25% (34) angegeben. Etwa die Hälfte der Patienten ohne Suizidversuch hatte Vorstellungen über geeignete Mittel und Wege zur Durchführung eines Suizids entwickelt. Lediglich bei drei Patienten war keine suizidale Problematik zu eruieren.

Sechs von 15 Patienten hatten ihren Suizidversuch mindestens einmal wiederholt (s. Frage (85.), S. 59). Damit konnten wir die hohe Rezidivquote von Suizidversuchen bei Schizophrenie bestätigen (vgl. Punkt 3.2., S.10).

Die Brutalität vieler Suizidhandlungen bei Schizophrenie ist hinreichend bekannt ( 8), (13), (23). Wir konnten beobachten (s. Fragen (84.), S.57; (86.), S.59; (87.), S.59), daß vorwiegend die sogenannten harten und sicheren Verfahren projiziert werden. Bei der Ausführung erhalten jedoch oft kalkulierbare und weniger gefährliche Wege den Vorzug. Diese Ambivalenz der Suizidversuche muß als Appell des Patienten an seine Umwelt verstanden werden.

Die für die Schizophrenie typischen unvermittelten und impulsiven Suizidhandlungen konnten auch bei unseren Patienten gefunden werden (s. Frage (89.), S.60).

#### 5.1.2. Zeitpunkt des Suizids

Viele Autoren nehmen Suizidgefahr besonders im Anfangsstadium der Schizophrenie und bei akuten Schüben an ( 1), ( 2), ( 3), ( 8), (23). Andere Arbeiten betonen die Häufigkeit der Suizide bei chronischer Schizophrenie und außerhalb einer floriden Psychose (15), (52), ( 7).

Entsprechend unseren Ergebnissen (s. Frage (92.), S.69) darf unter Vorbehalt folgende Hypothese formuliert werden: Besonders im ersten Jahr der Erkrankung sind bei Schizophrenie Suizidtendenzen zu erwarten. Dies ist verständlich auf Grund der für den Patienten ungewohnten und neuen Symptomatik, der Unterbrechung von Arbeitsleben und Berufsausbildung und der in vielen Fällen erfolgenden Einweisung in die Klinik. In den folgenden Jahren nimmt die Anzahl der Suizidtendenzen zwar deutlich ab, dafür steigt der Anteil der Patienten mit ernsthafteren Suizidabsichten.

Diese Entwicklung läßt sich dadurch erklären, daß sich viele Patienten - nach dem ersten Schock - auf ihre Krankheit eingestellt haben. Andere sehen - durch jahrelanges Warten auf Besserung enttäuscht - keinerlei Hoffnung mehr.

#### 5.1.3. Mitteilung der Suizidtendenzen

Die stärker suizidgefährdeten Patienten verspürten zwar mehr Bedürfnis nach Unterstützung, waren jedoch gehemmter und zurückhaltender in der Mitteilung ihrer Suizidproblematik (s. Frage (101.), S.76). Kein Patient kündigte seinen Suizidversuch mit Bestimmtheit an. Sieben Patienten ließen durch Verhalten, Andeutungen bzw. Drohungen ein solches Handeln erwarten (s. Frage (102.), S.77).

Da die Patienten ihre Suizidproblematik vorwiegend verschweigen und zum Teil dissimulieren (s. Frage (99.), S.74; (100.), S.75), ist es für den Arzt unerläßlich, bei jedem Patienten wiederholt diese Frage anzuschnitten. Ärzte und Psychologen werden zwar an erster Stelle als mögliche Ansprechpartner bei suizidalen Tendenzen genannt, tatsächlich aber kaum zu Rate gezogen. Es muß deshalb ein Anliegen des Arztes sein, der die ambulante Betreuung übernommen hat, die Schwellenangst des Patienten und die der Angehörigen zu überwinden. Bedenkt man die Scheu vieler Mediziner, nach Suizidgedanken ihrer Patienten zu fragen, sind auch deren Hemmungen leichter zu verstehen.

## 5.2. Diagnostische und biographische Hinweise

### 5.2.1. Depression

Patienten, die angaben, nie unter Depressionen zu leiden, fanden sich beinahe ausschließlich in der Gruppe ohne Suizidversuch (s. Frage (33.), S.30). Man kann es somit als Hinweis auf eine weniger akute Suizidgefahr deuten, wenn der Patient behauptet, zu keiner Zeit stärkere depressive Stimmungen erlebt zu haben.

Weiterhin berichteten die Patienten mit Suizidversuch signifikant häufiger über deutliche Stimmungsschwankungen (s. Frage (38.), S.32). Die Patienten ohne Suizidversuch erlebten ihre Depressionen dagegen vorwiegend als einen über lange Zeit gleichförmig andauernden Zustand.

Der Zusammenhang zwischen wechselhafter Depressivität und unvermittelten Suizidimpulsen ist bekannt (44). Dabei kann die Instabilität der Stimmungslage als wesentliches Merkmal schizophrener Affektivität und damit als Krankheitssymptom gedeutet werden.

Plötzliche Verstimmungen können aber auch die Antwort auf akute Ereignisse darstellen. Es wurde darüber berichtet, daß sich der Suizid bei Schizophrenie oft nach einer Depression von bemerkenswert kurzer Dauer ereignet, die mit entmutigenden Erfahrungen im beruflichen oder privaten Bereich erklärt werden kann (51). Zudem finden sich reaktive Suizidanlässe bei Schizophrenien häufiger als bei Zyklothymien ( 8).

Auslöser wie Partnerkonflikte, Verlust von Arbeitsplatz oder Lehrstelle oder finanzielle Schwierigkeiten gingen auch bei 18 unserer Patienten dem Suizidversuch bzw. den -gedanken unmittelbar voraus (s. Frage (96.), S.72). Derartige Auslösesituationen traten in Gruppe I signifikant öfter auf. Die Bedeutung dieses Ergebnisses ist eingeschränkt, da auf Grund des einschneidenden Erlebnischarakters beim Suizidversuch eher als bei bloßen Suizidgedanken nach plausiblen äußeren Ursachen gesucht wird.

Alle neun Patienten, die eine stationäre Einweisung als Motiv für ihre Suizidalität angaben, hatten noch keinen Suizidversuch unternommen (s. Frage (90e.), S.64). Die Qualität der Auslösesituation scheint also mitentscheidend für die Ernsthaftigkeit der daraus resultierenden Verstimmung zu sein.

Die depressivere Grundstimmung der Patienten mit Suizidversuch offenbarte sich auch bei den Motiven, die für den Patienten gegen einen Suizid sprachen (s. Frage (91c.), S. 67): Die Patienten ohne Suizidversuch meinten signifikant häufiger, daß das Leben trotz allem schön sei und nannten Suizid eine Dummheit.

An diesem Punkt sei nochmals auf die mögliche Verursachung von Depressionen durch Neuroleptika hingewiesen (31), (32). Eine Erklärung könnte sein, daß Psychopharmaka eine Rückkehr in die schützende Psychose erschweren oder verhindern (15). Auch indirekt können depressive Reaktionen durch Psychopharmakotherapie ausgelöst werden (15), (37): Die Medikamente täuschen eine Besserung vor. Dies hat zur Folge, daß der Patient wieder in seine frühere Umgebung entlassen wird, obwohl er ebensowenig angemessen wie vorher auf die Belastungen reagieren kann.

#### 5.2.2. Manifestationsalter

In der Literatur finden sich unterschiedliche Angaben darüber, ob ein niedriges Manifestationsalter die Suizidalität bei Schizophrenie begünstigt (23), (25). Unsere Untersuchung erbrachte in diesem Punkt einen signifikanten Zusammenhang (s. Frage (25.), S.26): Die Hälfte der Patienten mit Suizidversuch war im Alter zwischen 15 und 20 Jahren erkrankt.

Je jünger der Patient zu Beginn der Erkrankung ist, desto schwieriger ist es für ihn, eine eigene Existenz aufzubauen und umso nachhaltigere und zerstörendere Auswirkungen auf seinen Lebensweg müssen erwartet werden. Zu den stabilisierenden Faktoren gegenüber Krankheitseinflüssen bei wachsendem Erkrankungsalter zählen z.B. eine

nicht durch die Krankheit gestörte Entwicklung der Persönlichkeit, eine abgeschlossene Berufsausbildung und Erfahrung am Arbeitsplatz sowie eine feste Partnerbeziehung bzw. eine eigene Familie. Es ist evident, daß gerade Jugendliche unter 20 Jahren auf diese Sicherheiten und sozialen Stützen nicht zurückgreifen können.

### 5.2.3. Formale Denkstörung

Überraschenderweise kamen formale Denkstörungen signifikant häufiger bei Patienten mit Suizidversuch vor (s. Frage (32.), S.30). Es ist uns keine Quelle bekannt, wo ein solcher Zusammenhang bereits beschrieben wurde. Deshalb wird es die Aufgabe weiterer Untersuchungen sein, diese Korrelation zu überprüfen.

Geht man davon aus, daß der Patient in der Auseinandersetzung mit seinen Suizidtendenzen schlüssige und ununterbrochene Gedankengänge benötigt, so läßt sich folgende Vermutung anstellen: Die geistige Verarbeitung der suizidalen Problematik und damit die Möglichkeit einer bewußten Entscheidung gegen einen Suizid werden für den Patienten in dem Maße erschwert, wie es ihm die Störung der "selektiven Aufmerksamkeit" (22) unmöglich macht, einem roten Faden über mehrere Gedanken hinweg zu folgen.

Berücksichtigt man, daß bei vielen Patienten die suizidale Situation nicht punktuell auftritt, sondern sich über einen längeren Zeitraum erstreckt, ist mit einer Gefährdung vor allem dann zu rechnen, wenn sich formale Denkstörungen zeigen.

### 5.2.4. Weitere Hinweise

Die Vergleichsmöglichkeiten und die Konkurrenz mit den Geschwistern führen dem Patienten seine eigene Unfähigkeit bzw. sein Scheitern vor Augen (s. Frage ( 3.), S.15). Die dadurch entstandenen Enttäuschungen könnten u.a. eine Suizidgefahr bedingen. Der Unterschied erreichte die Signifikanzschranke nicht.

Eine verminderte Suizid tendenz bei Patienten mit enger Bindung an die Religion bzw. mit katholischem Bekenntnis ( 8) konnten wir nur in der Tendenz bestätigen (s. Fragen (71.), S.49; (72.), S.50). Der Glaube an ein Weiterleben nach dem Tod (s. Frage (76.), S.52) oder die Hoffnung, dann verstorbene Bezugspersonen wiederzutreffen (s. Frage (77.), S.53) korrelierten nicht mit höherer Suizidgefahr.

### 5.3. Soziale Bedingungen der Suizidalität

#### 5.3.1. Partnerschaft und Familie

Der bei beiden Gruppen fehlende Schritt ins Leben bzw. aus der Abkapselung heraus zeigt sich in der Tatsache, daß zwei Drittel der Patienten noch bei ihren Eltern lebten (s. Frage (68.), S.49). Beinahe die Hälfte gab an, noch nie eine Freundin gehabt zu haben.

Dauerhafte familiäre oder partnerschaftliche Beziehungen gingen Hand in Hand mit verminderter Suizidalität (s. Fragen ( 5.), S.17; (63.), S.46). Eine besonders suizidverhütende Konstellation ergibt sich, wenn der Patient in einer stabilen Ehe lebt und mehrere Kinder hat, zu denen ein im wesentlichen ungestörtes Verhältnis besteht (s. Fragen ( 8.), S.18; (19.), S.23).

Das Fehlen von Partnerschaft und Familie begünstigt jedoch keineswegs Suizidalität. Die Patienten ohne Suizidversuch führten entweder eine harmonische Ehe, oder hatten noch keine Partnerschaft erlebt. Bei den Patienten, die bereits einen Suizidversuch unternommen hatten, waren vor allem Mißerfolge in Ehe und Freundschaft anzutreffen. Diese Abweichung zwischen beiden Gruppen ist signifikant.

Zudem schienen die Patienten mit Suizidversuch ein ausgeprägteres Bedürfnis nach Nähe und Freundschaft zu besitzen. Signifikant öfter als die Patienten der Gruppe II nannten sie eine Form von enger menschlicher Gemeinschaft als Grund gegen einen Suizid (s. Frage (91b.), S.67) und gaben einen Partnerverlust als Suizidmotiv an (s. Frage (90c.), S.63).

Wenn überhaupt, so verfügen Patienten mit Schizophrenie nur über vereinzelte Beziehungen, die dann umso wichtiger sind. Auf einen Verlust solcher Bindungen ist wegen der erhöhten Suizidgefahr besonders zu achten (51).

### 5.3.2. Außerfamiliäre Kontakte

Bezüglich der Hobbies und Freizeitaktivitäten bestanden deutliche Gruppenunterschiede. Die Signifikanzschränke wurde teilweise knapp verfehlt. Dennoch kann man es als Indiz gegen eine hohe Suizidgefahr werten, wenn der Patient seine Freizeit auszufüllen weiß und durch diese Freizeitbeschäftigung Zugang zu einer Gemeinschaft findet (s. Fragen (22.), S.24; (62.), S.45).

Dies traf vor allem auf das prämorbid Freizeitverhalten zu. Für kindliche Schizophrenien wurde eine größere Tendenz zum Suizid bei prämorbid kontaktschwachen und eigensinnigen Charakteren bereits beschrieben (13).

Weiterhin lohnt es, sich differenziert nach dem Freizeitverhalten des Patienten zu erkundigen. Es genügt nicht zu fragen, ob er viele Freunde hatte oder eher ein Einzelgänger war. Diese allgemeine Fragestellung (s. Frage (23.), S.25) brachte die verminderte prämorbid Kontaktbereitschaft der Patienten mit Suizidversuch nicht zu Tage.

Die Zurückgezogenheit und Isolierung wird von den Betroffenen sehr wohl registriert. Die Patienten mit Suizidversuch berichteten wesentlich häufiger als diejenigen ohne Suizidversuch über eine starke Einschränkung von freundschaftlichen und kameradschaftlichen Kontakten seit Beginn der Krankheit (s. Frage (61.), S.45). Dementsprechend litten sie auch mehr unter Einsamkeitsgefühlen (s. Frage (45.), S.35). Häufiger als die Patienten ohne Suizidversuch gaben sie Schwierigkeiten im Verhältnis zu Personen ihrer nahen Umwelt als Suizidmotiv an (Frage (90b.), S.62).

### 5.3.3. Beruf und Arbeit

Regelmäßig berichteten die Patienten über Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, besonders im Umgang mit Arbeitskollegen. Kennzeichnend für vergebliche Versuche, im Berufsleben Fuß zu fassen war ein häufiger Stellenwechsel. Zwei Drittel aller Patienten waren zum Zeitpunkt der Untersuchung berentet oder ohne Anstellung (s. Fragen (10.) - (12.), S.19/20).

Die Ausgliederung aus der Arbeitswelt trägt also wesentlich zu Vereinsamung und einem Gefühl der Nutzlosigkeit im Leben des Kranken bei. Die Intensität dieses Prozesses war bei beiden Gruppen identisch. Trotzdem signalisierten die Patienten mit Suizidversuch mehr Resozialisierungswillen, indem sie sich eher als die Patienten ohne Suizidversuch zur Rückkehr ins Arbeitsleben bereit zeigten (s. Frage (67.), S.48).

Gegenüber Problemen und Enttäuschungen im privaten und persönlichen Bereich spielen die Mißerfolge im Berufsleben eine geringe Rolle für die Entwicklung der Suizidalität. Erst wenn das Scheitern im Beruf nicht durch die familiäre Situation aufgefangen wird, führt es möglicherweise zum entscheidenden Leidensdruck.

Eine günstige Prognose kann bei Patienten angenommen werden, die in der Landwirtschaft tätig sind. Von sieben Landwirten ohne Suizidversuch waren sechs noch in ihrem Beruf tätig. Da sie keinen eigenen Hof führten, sondern jeweils bei Eltern oder Geschwistern mitarbeiteten, war zugleich die beständige Nähe von Bezugspersonen gegeben. Beide Landwirte aus Gruppe I hatten einige Jahre vor ihrem Suizidversuch den Hof verlassen und gingen anderen Beschäftigungen nach.

### 5.3.4. Theorie der Aggressionsumkehr

In der Diskussion um die psychodynamischen Vorgänge beim Suizid spielen die Begriffe Aggression und Aggressionsumkehr eine zentrale Rolle (18), (20). E.RINGEL (42) beschreibt sein präsuizidales Syndrom als Zusammenspiel von Einengung, Suizidphantasien und Aggressions-

umkehr. Er wies ein reziprokes Verhältnis zwischen Mord und Suizid nach.

Diese Hypothese deckt sich mit unseren Ergebnissen, wenn man auch auf Grund der Fallzahlen keine endgültigen Folgerungen ziehen darf. Unter Frage (46.) (S.35) sind exemplarisch die Krankengeschichten von zwei Patienten dargestellt, in denen sich Phasen von aggressivem Verhalten und Suizidtendenzen jeweils abwechselten.

#### 5.4. Einstellung zur eigenen Krankheit

Die Einstellung des Patienten zu seiner Krankheit ist ein zentraler Punkt für die Beurteilung der Suizidgefährdung. Die Auseinandersetzung mit dem Erlebnis der Erkrankung und deren vielfältigen Folgen kann zur durchaus verständlichen depressiven Verstimmung führen (31). Dies ist vor allem dann der Fall, wenn sich der Patient eine kritische Einsicht gegenüber der Krankheit bewahrt hat und bei persistierender psychotischer Symptomatik der Kern der Persönlichkeit erhalten bleibt (26). An die fatale Kombination von Krankheitseinsicht und Hoffnungslosigkeit (52) muß gedacht werden, wenn der Patient z.B. Skepsis gegenüber der Behandlung äußert oder die Befürchtung, den Rest des Lebens in der Klinik verbringen zu müssen (51).

Entsprechend den Ergebnissen unserer Untersuchung (s. Frage (55.), S.41) ist eine hohe Suizidgefährdung anzunehmen, wenn der Patient unter seiner Krankheit leidet und sich mit der daraus entstandenen Situation nicht abfinden kann. Deshalb ist eine sorgfältige Resozialisierung erforderlich, insbesondere eine intensive Betreuung in der Zeit nach stationärer Behandlung. Auch muß darauf geachtet werden, daß die persönlichen Ansprüche des Patienten mit der Wirklichkeit übereinstimmen.

Besondere Achtsamkeit ist geboten, wenn der Patient zusätzlich bezüglich seines Krankheitsverlaufes resigniert und die Hoffnung auf Gesundung aufgegeben hat (s. Frage (57.), S.43). Es scheint auch,

daß diese Patienten eher über eine Belastung durch Halluzinationen klagen (s. Frage (39.), S.33) sowie über Nebenwirkungen von Neuroleptika (s. Frage (48.), S.38) und über psychosomatische Beschwerden (s. Frage (40.), S. 33).

#### 5.5. Fragen zur Abschätzung der Suizidalität

Einige Fragen erwiesen sich als geeignet, um das Suizidrisiko in Kürze grob abzuschätzen:

Je näher der Suizid in den Bereich des Möglichen rückt, und je zielstrebiger und konsequenter er geplant wird, umso unausweichlicher wird die Auseinandersetzung mit dem Sterben auf rationaler wie auf emotionaler Ebene. Es spricht für ein relativ geringes Suizidrisiko, wenn der Patient auf die Frage, ob er Angst vor dem Sterben habe (s. Frage (42.), S.34), meint, er wüßte das nicht, weil er jetzt noch nicht daran denken würde. Bis auf einen beantwortete aber jeder Patient mit Suizidversuch die Frage klar mit "ja" oder "nein". Der Unterschied zwischen beiden Gruppen verfehlte die Signifikanzschranke knapp. Die Suizidgefährdung darf also nicht fälschlicherweise als niedrig beurteilt werden, wenn der Patient sagt, er habe Angst vor dem Sterben.

V.FRANKL (17) stellte suizidalen Patienten stets die Frage, warum sie weiterleben wollten. Er stimmte einer Entlassung erst dann zu, wenn er eine überzeugende Antwort erhalten hatte. Wir achteten nicht darauf, ob die Antwort glaubhaft und echt war. Trotzdem konnten die Patienten mit Suizidversuch signifikant öfter keine Begründung dafür finden, warum sie weiterleben wollten (s. Frage (81.), S.55).

Ebenso spricht für eine hohe Suizidgefährdung, wenn der Patient bestätigt, daß es ihm zumindest zeitweise egal sei, zu leben oder tot zu sein (s. Frage (82.), S.56).

## 5.6. Patienten ohne Suizidtendenzen

Die drei Patienten, bei denen keine Suizidtendenzen eruiert werden konnten, bestätigten im Wesentlichen die gefundenen Ergebnisse:

Alle drei Patienten stammten aus einer Landwirtschaft und arbeiteten auf dem elterlichen Hof mit. Auch wenn das Verhalten der Umgebung jeweils als verständnislos bezeichnet wurde, hatte keiner den Wunsch, von zu Hause wegzuziehen. Damit wird die Wichtigkeit einer fürsorgenden Gemeinschaft und von beständigen - wenn auch oft schwierigen Kontakten betont.

Die Patienten waren ledig und noch nie mit Partnerschaftsproblemen belastet.

Sie behaupteten, nicht krank zu sein und ignorierten alle Krankheitsfolgen.

Einer der Patienten hegte ernste Mordabsichten und wurde deswegen gegen seinen Willen eingewiesen.

Überraschenderweise klagten die drei Patienten auch über depressive Verstimmungen. Dies unterstreicht, daß nur das Fehlen von Depressionen und Stimmungsschwankungen als Hinweis auf weniger akute Suizidgefahr gewertet werden darf.

Keiner der Patienten hatte bereits den Wunsch gehabt, lieber tot zu sein. Einer fand keine Antwort auf die Frage, warum er weiterleben wolle. Auf die Frage, ob sie Angst vor dem Sterben hätten, meinten zwei Patienten, sie hätten sich darüber noch keine Gedanken gemacht.

### 5.7. Suizidalität: Folge von Psychose oder Umwelt?

Es ist nicht nur von theoretischem Interesse, ob die hohe Suizidalität bei Schizophrenie aus der Psychose oder dem sozialen Umfeld erwächst. Wird die Suizidalität von der Interaktion zwischen Patient und Umwelt mitverursacht, bedeutet dies die Notwendigkeit sozialtherapeutischer Maßnahmen für Prävention und Behandlung der Suizidalität bei Schizophrenie.

Unbestritten ist, daß ein Zusammenhang zwischen der Aktivität der Psychose und der Suizidgefährdung besteht. Dafür ist vor allem die Häufigkeit der Suizide im ersten Jahr der Erkrankung kennzeichnend. Neben Wahnvorstellungen und imperativen Stimmen werden Angstzustände als ursächlich für die suizidale Aktivität angesehen (26), (34), (35), (51). Suizidalität wird auf die Angst und die Angst ihrerseits auf den aktiven psychotischen Prozeß zurückgeführt.

Auch die Patienten unserer Untersuchung gaben als häufigsten Grund für ihre Suizidalität die Krankheitssymptomatik selbst an (s. Frage (90a.), S.62). Dabei konnten wir jedoch keinen Unterschied zwischen den mehr bzw. weniger suizidgefährdeten Patienten feststellen. Auch hinsichtlich der Angstgefühle (s. Frage (35.), S.31) bestand kein Gruppenunterschied.

Dies legt den Schluß nahe, daß es noch weitere Faktoren geben muß, die den Grad der Suizidgefährdung determinieren: Selbst wenn die Suizidtendenzen direkt aus der Psychose erwachsen, kann das soziale Umfeld den ausschlaggebenden Beitrag zur Suizidverhütung leisten. An Hand der Krankengeschichte eines Patienten (Explorationsnr. 17) sei dies kurz erläutert.

Der 41 - jährige Patient hatte sich mit 35 Jahren das erste Mal in psychiatrische Behandlung begeben. Er klagte vor allem darüber, daß er keinerlei Energie mehr hätte. Allmählich verdeutlichte sich das Bild einer halluzinatorischen Schizophrenie, die Schübe traten in Abständen von etwa einem Jahr für jeweils ca. drei Monate auf.

Nach vier Jahren Krankheit vernahm er im akuten Schub zum ersten Mal Stimmen, die ihm sagten, er solle sich umbringen. Der Patient nahm umgehend einen Strick und ging in die Scheune, um sich zu erhängen. Vor dem entscheidenden Schritt nahm er von seinem Vorhaben Abstand, da er sich - wie er sagte - an Frau und Kinder erinnerte. Obwohl er sich durch die Stimmen zum Suizid gedrängt fühlte, hatte er den Eindruck, klar denken zu können.

Bei diesem Patienten addierten sich mehrere präventive Faktoren: Er hatte drei Kinder, für die er sich verantwortlich fühlte. Die Frau litt unter der Krankheit des Mannes, zeigte sich aber verständnisvoll. Der Patient konnte mit ihr über seine Suizidneigungen sprechen. Die Angehörigen besuchten den Patienten regelmäßig in der Klinik. Mehrere Verwandte wohnten in der Nähe, zu ihnen bestand kein intensives, aber gutes Verhältnis.

Der Patient war auf neue Schübe und Einweisungen gefaßt. Er vertraute jedoch auf die Behandlung und war froh, daß ihm in der Klinik geholfen wurde. Nach der Entlassung stand er immer in engem Kontakt zu seinem Hausarzt.

Zwar wechselte der Patient mehrmals die Arbeitsstelle, verlor aber nie seinen Arbeitsplatz. In der Freizeit widmete er sich seinem Garten und besuchte den Kleintierzuchtverein.

Zunehmend wird in der Literatur auf die Suizide bei chronisch Kranken und außerhalb der floriden Psychose hingewiesen. Als Ursache werden hier neben Art und Ausmaß des Defektes ( 8) vor allem soziale Hintergründe diskutiert. Sie lassen sich etwa wie folgt zusammenfassen:

Die Krankheit führt zu einer Änderung des beruflichen und sozialen Status. Dies bedingt eine Lockerung der sozialen Bindungen, wodurch der Patient anfälliger wird für persönliche Krisen ( 9), (38), (51). Die entstandene Lebenssituation ist dann zu schwierig, als daß sie

der Patient allein und ohne Erleichterung ertragen könnte (15). Auch unsere Untersuchung bestätigte Vereinsamung und Probleme, die der Patient alleine nicht meistern kann (z.B. Krankheit, Partnerschaftsprobleme) als suizidogene Faktoren.

Die hohen Suizidquoten bei schizophrenen Erkrankungen lassen sich somit nicht nur auf den Einfluß der Psychose zurückführen. Ebenso sind sie Ergebnis der sozialen Isolierung, die der Krankheit fast wie ein Schatten anhaftet. Suizidalität ist hier, wie auch sonst, Ausdruck der Verzweiflung eines Menschen in für ihn auswegloser Lage.

## 6. Zusammenfassung

In aller Regel ist der Arzt für Allgemeinmedizin mit der ambulanten Versorgung der Patienten mit Schizophrenie betraut. Besonders für ihn ergibt sich die Notwendigkeit, Kriterien zur Hand zu haben, die unter vertretbarem Zeitaufwand eine Abschätzung der Ernsthaftigkeit der Suizidalität erlauben.

Wir explorierten fünfzig Patienten der Aufnahmestation für Männer des Nervenkrankenhauses in Bayreuth zu Biographie, Krankheit, sozialem Umfeld, Wertbezügen, Einstellung zum Suizid sowie eigenen Suizidgedanken und - handlungen. Entscheidend für die Aufnahme in die Untersuchung war die sichere Diagnose einer Schizophrenie und nicht, ob der Patient bereits einen Suizidversuch unternommen oder Suizidgedanken geäußert hatte.

Bislang stellt ein Suizidversuch in der Anamnese den verlässlichsten Maßstab dar für die Beurteilung der Suizidgefährdung. An Hand dieses Kriteriums teilten wir die Patienten in zwei Gruppen mit unterschiedlicher Suizidgefährdung ein: 1. Patienten, die bereits einen oder mehrere Suizidversuche unternommen hatten und 2. Patienten, die entweder Suizidgedanken geäußert hatten oder noch nie suizidale Tendenzen erkennen ließen.

Unsere Untersuchung konnte das hohe Suizidrisiko bei schizophrenen Erkrankungen bestätigen: Von 50 Patienten hatten 15 bereits einen Suizidversuch unternommen. Nur bei drei Patienten konnte keine suizidale Problematik gefunden werden. Mit Suiziden ist besonders im ersten Jahr der Erkrankung zu rechnen. Es besteht Grund zu der Annahme, daß die Häufigkeit der Suizidtendenzen in den folgenden Jahren sinkt, ihre Ernsthaftigkeit dagegen zunimmt.

Der Arzt muß gezielt nach einer Suizidproblematik forschen, da die Patienten diese Thematik nicht ansprechen oder sogar dissimulieren.

Man kann es als Hinweis auf eine weniger akute Suizidgefahr deuten, wenn der Patient behauptet, zu keiner Zeit stärkere depressive Verstimmungen erlebt zu haben. Für eine hohe Suizidgefährdung sprechen dagegen deutliche Stimmungsschwankungen. Diese können Ausdruck der Affektlabilität bei Schizophrenie sein oder reaktiv bedingt. Auf akute Krisen und Enttäuschungen (z.B. Partnerkonflikte oder Verlust von Arbeitsplatz oder Lehrstelle) muß deshalb geachtet werden.

Niedriges Manifestationsalter, besonders vor dem zwanzigsten Lebensjahr sowie das Vorliegen von formalen Denkstörungen korrelierten ebenfalls mit dem Ausmaß der Suizidalität.

Mißerfolge oder erhebliche Probleme in Ehe und Freundschaft lassen eine Suizidgefährdung vermuten. Das Fehlen partnerschaftlicher Beziehungen ging dagegen ebenso wie das Vorliegen stabiler familiärer Verhältnisse (Kinder!) mit verminderter Suizidalität einher.

Die Suizidgefährdung nimmt ab, wenn der Patient seine Freizeit auszufüllen weiß, vor allem wenn er dadurch Zugang zu einer Gemeinschaft findet. Hierbei ist besonders das prämorbide Freizeitverhalten ausschlaggebend. Dementsprechend geben gefährdete Patienten häufiger Einsamkeitsgefühle und eine Abnahme von kameradschaftlichen Kontakten an.

In Bezug auf die Einstellung des Patienten zu seiner Krankheit gilt: Suizidverdacht muß besonders bei jenen Patienten geschöpft werden, die die Hoffnung auf Gesundung aufgegeben haben und zugleich unter ihrer Krankheit und deren Folgen leiden.

Zusätzlich erwiesen sich folgende Fragen als geeignet, das Suizidrisiko in Kürze grob abzuschätzen:

Für eine Gefährdung spricht, wenn der Patient

1. keine Begründung dafür findet, warum er weiterleben will,
2. wenn er sagt, es sei ihm zumindest zeitweise egal zu leben oder tot zu sein, und wenn er

3. auf die Frage, ob er Angst vor dem Sterben habe, klar mit ja oder nein antwortet.

Abschließend kann gesagt werden, daß die hohe Suizidalität bei Schizophrenie nicht nur als direkte Folge der Psychose gedeutet werden darf. Die soziale Isolierung, die der Krankheit wie ein Schatten anhaftet, muß ebenso als ursächlich für die Suizidalität bei Schizophrenie angesehen werden.

## 7. Fragenkatalog

Zeichenerklärung:

t: Tendenz

t: Starke Tendenz, beinahe signifikant

s: Signifikanter Unterschied

### Biographie (4.1., S.14)

- ( 1.) Alter zum Zeitpunkt der Untersuchung
- ( 2.) Eheliche oder uneheliche Herkunft
- t ( 3.) Zahl der Geschwister
- ( 4.) Stellung innerhalb der Geschwisterreihe
- t ( 5.) Familienstand
- ( 6.) Beruf der Ehefrau
- ( 7.) Anzahl der Scheidungen pro Patient
- s ( 8.) Zahl der Kinder
- ( 9.) Soziale Verhältnisse und Lebensstandard der Eltern
- (10.) Erlernter Beruf
- (11.) Ausgeübter Beruf
- (12.) Anzahl der Arbeitsstellen
- (13.) Schulabschluß
- (14.) Größe des Wohnorts
- (15.) Vergleich Wohnort - Geburtsort

### Prämorbidie Persönlichkeit (4.2., S.22)

- (16.) "Broken - Home" in der Kindheit
- (17.) Früher Tod eines Elternteils
- (18.) Einstellung gegenüber Vater, Mutter
- s (19.) Verhältnis zu den eigenen Kindern
- (20.) Ehe und Partnerschaft vor der Erkrankung
- (21.) Gesetzeswidrigkeiten, prämorbid
- t (22.) Hobbies und Freizeitaktivitäten, prämorbid
- (23.) Kontaktfähigkeit vor der Erkrankung

Morbide Persönlichkeit (4.3., S.25)

Diagnostische Daten (4.3.1., S.25)

- (24.) Familienanamnese
- s (25.) Manifestationsalter
- (26.) Anzahl der Klinikaufenthalte
- (27.) Gesamtdauer des Klinikaufenthalts
- (28.) Persönlichkeitsveränderung
- (29.) Wahnthematik
- (30.) Halluzinationen
- (31.) Ichstörung
- s (32.) Formale Denkstörung
- s (33.) Depressionen

Gefühle und Reaktionsweisen (4.3.2., S.31)

- (34.) Schuldgefühle
- (35.) Angst
- (36.) Selbstvertrauen
- (37.) Erregungszustände
- s (38.) Stimmungsschwankungen
- t (39.) Belastung des Patienten durch Halluzinationen
- t (40.) Psychosomatische Beschwerden
- (41.) Autoaggressive Handlungen
- t (42.) Angst vor dem Sterben
- (43.) Wunsch nach einem tödlichen Unfall
- (44.) Schlafstörungen
- t (45.) Einsamkeitsgefühle
- t (46.) Mordtendenzen

Therapie (4.3.3., S.38)

- (47.) Zuverlässigkeit in der Einnahme der Medikamente
- t (48.) Belastung durch Nebenwirkungen der Neuroleptika
- (49.) Behandlung mit Elektroschock oder Insulinkur
- (50.) Arbeits- und Beschäftigungstherapie
- (51.) Ambulante ärztliche Betreuung
- (52.) Vertrauen in die Behandlung

Einstellung zu Krankheit (4.3.4., S.40)

- t (53.) Krankheitseinsicht
- (54.) Ursache für die Krankheit oder die momentane Situation nach Meinung des Patienten
- s (55.) Bewältigung der Krankheit und ihrer sozialen Konsequenzen
- t (56.) Einsicht in die Notwendigkeit des Klinikaufenthaltes
- s (57.) Subjektive Einschätzung der Heilungsaussichten

Soziale Auswirkungen der Krankheit (4.4., S.44)

- (58.) Verhalten naher Kontaktpersonen
- (59.) Streitigkeiten unter den Angehörigen
- (60.) Selbständigkeit des Patienten
- t (61.) Einfluß der Krankheit auf Kontakte
- t (62.) Rückzug aus Interessen und Hobbies
- s (63.) Ehe und Partnerschaft
- (64.) Dem Patienten nahestehende Personen
- (65.) Finanzielle Notlage
- (66.) Wege und Möglichkeiten, die der Patient zur Verbesserung seiner Lage sieht
- t (67.) Arbeitsbereitschaft
- (68.) Wunsch, von zu Hause wegzukommen
- (69.) Gesetzeswidrigkeiten nach Krankheitsbeginn
- (70.) Alkohol- und Drogenanamnese

Werthaltungen (4.5., S.49)

- (71.) Konfession
- t (72.) Bindung an die Konfession
- (73.) Lebensziel
- (74.) Wünsche des Patienten
- (75.) Welche Tat ist nach Meinung des Patienten am schlimmsten
- t (76.) Glaube an ein Weiterleben nach dem Tod
- t (77.) Wiedersehen mit verstorbenen Verwandten oder Bekannten nach dem Tod
- (78.) Suizid eines Bekannten
- (79.) Hypothetisches Verhalten gegenüber einem Suizidanten
- (80.) Argumente und Verhalten, um einen Suizidanten von seinem Vorhaben abzubringen
- (80a.) Motive, die jemanden zum Suizid führen können
- s (81.) Frage: "Warum wollen Sie weiterleben?"
- t (82.) Frage: "Ist es Ihnen gleichgültig, ob Sie leben oder tot sind?"

Suizidalität (4.6., S.57)

- (83.) Ausmaß der Suizidtendenzen
- t (84.) Suizidmethoden und -pläne
- (85.) Anzahl der Suizidversuche pro Patient
- (86.) Wahrscheinlichkeit, rechtzeitig entdeckt zu werden
- (87.) Gefährlichkeit des Suizidversuchs
- (88.) Alkohol und Suizidalität
- (89.) Zeitspanne zwischen Suizidgedanken, -entschluß und -handlung
- s (90.) Motive für den Suizidversuch bzw. die Suizidgedanken
- s (91.) Gründe, die den Patienten von seiner Tat abhielten bzw. abhalten hätten können
- t (92.) Erkrankungsdauer und Suizidalität
- (93.) Alter und Suizidalität
- . (94.) Auftreten der Suizidtendenzen im Schub bzw. Intervall

- (95.) Krankheitseinsicht zum Zeitpunkt des Suizidversuchs bzw.  
der Suizidgedanken
- s (96.) Auslösesituationen für die Suizidalität
- (97.) Bewußtseinsklarheit zum Zeitpunkt des Suizidversuchs
- (98.) Erträglichkeit des Lebens durch Möglichkeit zum Suizid?
- (99.) Mitteilung der Suizidgedanken
- (100.) Potentielle Ansprechpartner bei suizidalen Tendenzen
- s (101.) Suche nach Rat und Unterstützung
- (102.) Ankündigung des Suizidversuchs
- (103.) Abschiedsbriefe
- (104.) Wertet der Patient das Mißlingen des Suizids als Zeichen,  
weiterleben zu sollen
- (105.) Reaktion der Umwelt auf den Suizidversuch

8. Literaturverzeichnis

- ( 1 ) ACHTE, K.A.: Der Verlauf der Schizophrenien und der schizophre-niformen Psychosen. Acta Psychiat. Neur. Scand. Suppl. 155, Vol. 36 (1961)
- ( 2 ) ACHTE, K.A., STENBACK, A., TERÄVÄINEN, H.: On Suicides Committed during Treatment in Psychiatric Hospitals. Acta Psychiatr. Scand. 42, 272 - 84, (1966)
- ( 3 ) ACHTE, K.A.: On Prognosis and Rehabilitation in Schizophrenic and Paranoid Psychosis. Acta Psychiatr. Scand. Suppl. 196, Vol. 43, (1967)
- ( 4 ) ALVAREZ, A.: Der grausame Gott. Fischer, Hamburg, (1980)
- ( 5 ) AMERY, J.: Hand an sich legen; Diskurs über den Freitod. Ernst Klett, Stuttgart, (1976)
- ( 6 ) BANAN, D.M.: Suicide by Psychotics. J. Nerv. Ment. Dis. 120, 349 - 57, (1954)
- ( 7 ) BLEULER, M.: Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte lang-jähriger Kranken- und Familiengeschichten. G. Thieme, Stuttgart, (1972)
- ( 8 ) BÜCKER, F.: Suizide und Suizidversuche in der Großstadt. Thieme, Stuttgart, (1973)
- ( 9 ) BÜCKER, F.: Sozialanamnese und Sozialtherapie in der Psychia-trie. Med. Welt 28/41, 1678 - 81, (1977)
- (10) BÜCKER, F.: Suizidprophylaxe in der ärztlichen Praxis. Med. Welt 28/5, 229 - 32, (1977)

- (11) CIOMPI, L., MÖLLER, C.: Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Springer, Berlin, (1976)
- (12) DÖRNER, K., PLOG, U.: Irren ist menschlich oder Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. Psychiatrie Verlag, Wunstorf, (1980)
- (13) EGGERS, C.: Todesgedanken, Suicide und Suicidversuche im Verlauf kindlicher Schizophrenien. Nervenarzt 45, 36 - 42, (1974)
- (14) ERICHSEN, F.: Die Bedeutung des suizidalen Absturzes bei Schizophrenen. Arch. Psychiatr. Nervenkr. 217, 351 - 60 (1973)
- (15) FARBEROW, N.L., SHNEIDMAN, E.S., LEONARD, C.V.: Suicide among Schizophrenic Mental Hospital Patients. In: The Cry for Help, Mc Graw - Hill Book Company Inc., New York, (1961)
- (16) FARBEROW, N.L., SHNEIDMAN, E.S.: Bibliographie on Suicide and Suicide Prevention. 1897 - 1957, 1958 - 1967. Public Health Service Publication n:o 1979. U.S. Government Printing Office, Washington, (1969)
- (17) FRANKL, V.E.: Zit. n. (42): Ein Psychologe erlebt das KZ. Deuticke, (1946)
- (18) FREUD, S.: Trauer und Melancholie. Ges. W. Bd. 10, 427 - 46. Imago Publishing Co., Ltd., London, (1946)
- (19) GEIGY AG, Pharmazeutische Abteilung: Documenta Geigy, Mathematik und Statistik, Wissenschaftliche Tabellen. 6.Auflage, (1960)
- (20) HENSELER, H.: Narzißtische Krisen - Zur Psychodynamik des Selbstmords. Rowohlt, Hamburg, (1974)

- (21) HUBER, G.: Verlauf und Ausgang schizophrener Erkrankungen. Schattauer, Stuttgart, (1973)
- (22) HUBER, G.: Psychiatrie, Systematischer Lehrtext für Studenten und Ärzte. Schattauer, Stuttgart, (1974)
- (23) HUBER, G., GROSS, G., SCHÜTTLER, R.: Schizophrenie, eine verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeitstudie. Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie, Band 21, Springer, Berlin, (1979)
- (24) JANTZ, H.: Schizophrenie und Selbstmord. Nervenarzt 22/4, 126 - 33, (1951)
- (25) JOHANSON, E.: A Study of Schizophrenia in the Male. Acta Psychiat. Neur. Scand. Suppl. 125, Vol. 33, (1958)
- (26) KIROW, K., KAMENOW, L.: Ursachen und Motive des Selbstmords bei Schizophrenen. Nervenarzt 45, 158 - 63, (1974)
- (27) KOLLEGIUM BIOMATHEMATIK NW: Biomathematik für Mediziner. Springer, Berlin, (1976)
- (28) LIENERT, G.A.: Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik, Band I. Anton Hain, Meisenheim am Glan, (1973)
- (29) LINDELIUS, R.: A Study of Schizophrenia. A clinical, prognostic, and family investigation. Acta Psychiatr. Scand. Suppl. 216, (1970)
- (30) LINDELIUS, R., KAY, D.W.K.: Some Changes in the Pattern of Mortality in Schizophrenia, in Sweden. Acta Psychiatr. Scand. 49, 315 - 23, (1973)

- (31) MÖLLER, P.: Depressive Syndrome im Verlauf schizophrener Psychosen. Fortschr. Med. 96:30, 1518 - 20, (1978)
- (32) NITURAD, A., NICOLSCHI OPROIU, L.: Suicidal Risk in the Treatment of Outpatient Schizophrenics with long - acting Neuroleptics. Agressologie, 19, C: 145 - 8 (1978)
- (33) OTTO, U.: Suicidal Acts by Children and Adolescents. Acta Psychiatr. Scand. Suppl. 233, (1972)
- (34) PLANANSKY, K., JOHNSTON, R.: The Occurrence and Characteristics of Suicidal Preoccupation and Acts in Schizophrenia. Acta Psychiatr. Scand. 47, 472 - 83, (1971)
- (35) PLANANSKY, K., JOHNSTON, R.: Clinical Setting and Motivation in Suicidal Attempts of Schizophrenics. Acta Psychiatr. Scand. 49, 680 - 90, (1973)
- (36) PÖLDINGER, W.: Die Abschätzung der Suizidalität. In: Aktuelle Probleme in der Psychiatrie, Neurologie, Neurochirurgie, Band I. Huber, Bern, (1968)
- (37) POKORNY, A.D.: Suicide Rates in Various Psychiatric Disorders. J. Nerv. Ment. Dis. Vol. 139, No. 6, 499 - 506, (1964)
- (38) PORTERFIELD, A.L., GIBBS, J.B.: Occupational Prestige and Social Mobility of Suicides in New Zealand. Amer. J. Sociol. (AJS) 66, 147 - 52, (1960)
- (39) RATTNER, J.: Wirklichkeit und Wahn. Fischer, Frankfurt, (1976)
- (40) REINER, A.: Ich sehe keinen Ausweg mehr. Kaiser - Grünwald, München, (1974)

- (41) REYNOLDS, D.K., FARBEROW, N.L.: Suicide: Inside and Out. University of California Press, Berkeley, (1976)
- (42) RINGEL, E.: Selbstmordverhütung. Huber, Bern, (1969)
- (43) SCHARFETTER, C., ANGST, J., NÖSPERLI, M.: Suizid und endogene Psychose. Soz. Praeventivmed. 24, 37 - 42, (1979)
- (44) SCHULTE, W., TÖLLE, R.: Psychiatrie. Springer, Berlin, (1975)
- (45) SIVERS, V.: Zit. n. (30), (1973)
- (46) STRASSER, G.R.M., BÜCKER, F.: Zylothyme Depression und Suizidalität. Med. Diss. Erlangen, (1976)
- (47) STRUVE, F.A.: Clinical Electroencephalography. In: HANKOFF, C.D., EINSIDLER, B.: Suicide, Theory and Clinical Aspects, (1979)
- (48) TEMOCHE, A., PUGH, T., MAC MAHON, B.: Suicide Rates among Current and Former Mental Institution Patients. J. Nerv. Ment. Dis. 138, 124 - 30, (1964)
- (49) THOMAS, K.: Handbuch der Selbstmordverhütung. Enke, Stuttgart, (1964)
- (50) THOMAS, K.: Warum weiterleben? Herder, Freiburg, (1977)
- (51) VIRKKUNEN, M.: Suicides in Schizophrenia and Paranoid Psychosis. Acta Psychiatr. Scand. Suppl. 250, (1974)
- (52) WARNES, H.: Suicide in Schizophrenics. Suppl. to Dis. Nerv. Syst. Vol. 29, No. 5, (1968)
- (53) WEIG, W.F.J., BÜCKER, F.: Zylothyme Depression und Suizidalität. Med. Diss. Erlangen, (1976)

- (54) WEITBRECHT, H.J.: Psychiatrie im Grundriss. Springer, Berlin, (1973)
- (55) WIECK, H.H.: Lehrbuch der Psychiatrie. Schattauer, Stuttgart, (1977)
- (56) WINOKUR, G., TSUANG, M.: The Iowa 500: Suicide in Mania, Depression, and Schizophrenia. Am. J. Psychiatry 132:6, 650 - 1, (1975)

Lebenslauf:

Eltern : Wiedenhofer Georg und  
Wiedenhofer Lidwina, geb. Schreglmann

Geburtsort : Eschenbach i.d. Opf.

Geburtstag : 18. 9. 1952

Schulen : 1958 - 1963 : Volksschule in Eschenbach  
1963 - 1972 : Mathematisch - Naturwissenschaftliches  
Gymnasium in Eschenbach  
Juni 1972 : Abitur

Studium : 1972 - 1979 : Studium der Humanmedizin an der Univer-  
sität Erlangen - Nürnberg  
Mai 1979 : Approbation

Beruf : Dezember 1979 - Februar 1981 : Wehrpflicht als Stabs-  
arzt in Heide/Holstein  
Seit September 1981 : Assistenzarzt am Institut für An-  
ästhesiologie, Universitätsklinik Char-  
lottenburg in Berlin





